



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

Hrubieszów, dnia 25 września 2019 r.

## ZAPYTANIE OFERTOWE

Przedmiotem zapytania jest przeprowadzenie przez biegłego rewidenta badania sprawozdania finansowego sporządzonego za rok 2019 i 2020 w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, zgodnie z art.64 ust.1 pkt4 ustawy z dnia 29 września 1994r o rachunkowości (Dz.U. z 2019r. poz.351) oraz sporządzenie pisemnej opinii wraz z raportem o wyniku badania sprawozdania finansowego w zakresie zgodności z polityką rachunkowości, jasności i rzetelności przedstawienia sytuacji majątkowej i finansowej oraz wyniku finansowego badanej jednostki, zgodnie z Międzynarodowymi Standardami Rachunkowości, Międzynarodowymi Standardami Sprawozdawczości Finansowej oraz związanymi z nimi interpretacjami ogłoszonymi w formie rozporządzeń wykonawczych Komisji Europejskiej (dalej: MSSF), w zakresie w jakim dotyczą za okresy roczne kończące się odpowiednio w dniu 31 grudnia 2019 roku, w dniu 31 grudnia 2020 roku .

### Tryb udzielenia zamówienia

*Postępowanie nie podlega ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1986 z późniejszymi zmianami) – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 euro.*

*Postępowanie prowadzone jest na podstawie Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nr 5/2015 z dnia 22 maja 2015r w sprawie Regulaminu zasad dokonywania zakupu dostaw, usług i robót budowlanych, na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nie przekraczającej równowartości kwoty 30 000euro liczonej zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczenia wartości zamówień publicznych.*

### 1. Zamawiający:

#### Nazwa i siedziba Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

22-500 Hrubieszów  
Ul. Piłsudskiego 11  
NIP 919 15 17 717  
Tel 84 5353 207

**e mail : [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl)**

Nazwy i kody stosowane we Wspólnym Słowniku Zamówień:

79212500-8- Usługi kontroli rachunkowej

## **2. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zapytania jest przeprowadzenie przez biegłego rewidenta badania sprawozdania finansowego sporządzonego za rok 2019 i 2020 w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, zgodnie z art.64 ust.1 pkt4 ustawy z dnia 29 września 1994r o rachunkowości (Dz.U. z 2019r. poz.351) oraz sporządzenie pisemnej opinii wraz z raportem o wyniku badania sprawozdania finansowego w zakresie zgodności z polityką rachunkowości, jasności i rzetelności przedstawienia sytuacji majątkowej i finansowej oraz wyniku finansowego badanej jednostki, zgodnie z Międzynarodowymi Standardami Rachunkowości, Międzynarodowymi Standardami Sprawozdawczości Finansowej oraz związanymi z nimi interpretacjami ogłoszonymi w formie rozporządzeń wykonawczych Komisji Europejskiej (dalej: MSSF), w zakresie w jakim dotyczą, za okresy roczne kończące się odpowiednio w dniu 31 grudnia 2019 roku, w dniu 31 grudnia 2020 roku

Jednocześnie w celu realizacji usługi, Zleceniobiorca będzie obecny w siedzibie Zleceniodawcy w trakcie przeprowadzanej corocznej inwentaryzacji której termin przypada na czarty kwartał br.

### **Termin wykonania zamówienia**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia za rok 2019r. do 20.03.2020r.

- a) termin otrzymania raportu 20.03.2020r.

Termin wykonania przedmiotu umowy za rok 2020 do 20.03 2021r

- b) termin otrzymania raportu 20.03.2021r.

## **3.Warunki udziału w zapytaniu ofertowym:**

O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą wykonawcy którzy posiadają:

- 1) poświadczenie Krajowej Rady Biegłych Rewidentów o wpisie na listę podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych, na wezwanie
- 2) dysponują wiedzą i doświadczeniem oraz potencjałem technicznym i osobami zdolnymi



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

do wykonania Przedmiotu zamówienia w wymaganych  
kluczowych terminach realizacji,

3) przedstawią listę podmiotów gospodarczych, w których przeprowadzono badanie  
sprawozdań finansowych w ciągu ostatnich trzech lat na wezwanie (referencje na żądanie),

4) wykażą osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu Przedmiotu zamówienia, z  
wyszczególnieniem osób posiadających uprawnienia biegłego rewidenta i opisem ich  
doświadczenia zawodowego oraz znajomości branży (wraz z podaniem proporcji biegłych  
rewidentów do osób nie będących biegłymi rewidentami), złożyć z ofertą

5) przedłożą podpisane oświadczenie Oferenta o spełnieniu przez biegłego rewidenta  
ustawowo określonych warunków do wyrażania bezstronnej i niezależnej opinii o badanych  
sprawozdaniach finansowych, złożyć z ofertą

6) posiadają polisę lub inny dokument ubezpieczenia potwierdzający, że Oferent jest  
ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym rozporządzeniem  
Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2009 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia  
odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych  
(Dz.U. Nr 205, poz. 1583) na wezwanie

**Przed podpisaniem umowy w celu potwierdzenia spełnienia ww. warunków wybrany  
Wykonawca będzie zobligowany do złożenia wyżej wymienionych dokumentów:**

#### **Istotne warunki umowy**

- Faktura za wykonany przedmiot zamówienia płatna będzie przelewem z konta  
Zamawiającego w terminie 30 dni od dnia wpływu faktury.

#### **5. Opis sposobu przygotowania oferty:**

*W odpowiedzi na niniejsze ogłoszenie Wykonawca składa: Ofertę i Oświadczenie oraz  
Wykaz osób wchodzących w skład Zespołu ((Załączniki do zo).*

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim. Dokumenty składające się na ofertę  
sporządzone w języku obcym winny być składane wraz z tłumaczeniem na język  
polski.
2. Ofertę należy sporządzić zgodnie z wymaganiami umieszczonymi w Zapytaniu oraz  
dołączyć oświadczenie o których mowa w powyżej.
3. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie więcej niż jednej oferty lub  
złożenie oferty zawierającej propozycje alternatywne spowoduje odrzucenie  
wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

4. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, w sposób określony w niniejszym rozdziale, złożenie jej w innej formie spowoduje jej odrzucenie.
  - a. Cena oferty zostanie podana przez Wykonawcę w PLN.
5. Oferta cenowa przedstawiona przez Wykonawcę musi obejmować wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz będzie ceną niezmienną do końca jego realizacji.
6. Ponadto, oferta powinna:
  - o być opatrzona pieczętą firmową,
  - o posiadać datę sporządzenia,
  - o zawierać adres lub siedzibę Wykonawcy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP, numer REGON, KRS (jeżeli dotyczy)
  - o być podpisana czytelnie przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, jeżeli nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę.
7. Wykonawca spełniający ofertę pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu wyznaczonego do składania ofert.

#### **6. Kryteria wyboru oferty:**

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów:

1. **Kryteria formalne** (bez ich spełnienia oferta nie będzie oceniana):
  - o Przygotowanie oferty zgodnie z rozdz. 5 niniejszego zapytania ofertowego.
  - o Wpływ oferty w terminie.
2. **Kryteria merytoryczne:**
  1. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które nie zostaną odrzucone przez Zamawiającego.
  2. Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w oparciu o następujące kryteria i ich znaczenie:

<i>L.p.</i>	<i>Kryterium</i>	<i>Znaczenie procentowe kryterium</i>	<i>Maksymalna liczba punktów, jakie może otrzymać oferta za dane kryterium</i>
-------------	------------------	---------------------------------------	--



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

1	Oferowana cena	100%	100 pkt
---	----------------	------	---------

3. Zasady oceny kryterium „Oferowana cena” ( $P_c$ ) – 100%.

W powyższym kryterium oceniana będzie cena brutto oferty. Maksymalną ilość punktów otrzyma Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę, pozostali będą oceniani według następującego wzoru:

$$P_c = \frac{\text{Najniższa cena z ofert niepodlegających odrzuceniu}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 100$$

gdzie:  $P_c$  – ilość punktów, jaką dana oferta otrzyma za cenę oferty brutto.

4. Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana oferta, która otrzyma największą ilość punktów.

#### **7. Miejsce i termin składania ofert:**

- Oferty należy składać do 03.10.2019 r. do godz. 11:00 w następującej formie:
  - Pocztą, kurierem albo osobiście w Sekretariacie SPZOZ (budynek główny) ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów z dopiskiem – „Oferta na badanie sprawozdania finansowego”
  - za pośrednictwem poczty elektronicznej w formie zeskanowanego oryginału w formacie PDF: [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.p](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.p)
- Termin składania ofert upływa: 03.10.2019 r o godz. 11.00.
- Oferty, które wpłyną do zamawiającego po terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym nie będą rozpatrywane.

#### **8. Miejsce i termin otwarcia badanie ofert, :**

- Otwarcie i ocena ofert nastąpi w dniu 03.10.2019r o godz.11.30 w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w Dziale Eksploatacyjno-Zaopatrzeniowym. Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie opublikowana na stronie [www.spzozhrubieszow.pl](http://www.spzozhrubieszow.pl)



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

2. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących: oświadczeń i dokumentów, treści złożonych ofert.

Zamawiający poprawi w ofercie:

- 1) oczywiste omyłki pisarskie,
- 2) oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek,
- 3) inne omyłki polegające na niezgodności oferty z zo, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty.

## 9. Pozostałe informacje

1. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami w sprawach związanych z postępowaniem : Beata Krzyżewska tel.845353207 email [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl)

Zamawiający informuje, że:

- o niniejsze zapytanie nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych,
- o niniejsze zapytanie nie jest postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w rozumieniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, oraz nie kształtuje zobowiązania Zamawiającego do przyjęcia którejkolwiek z ofert.
- o Zamawiający zastrzega sobie prawo do rezygnacji z zamówienia bez podania przyczyny oraz bez wyboru którejkolwiek ze złożonych ofert,
- o Zastrzega sobie prawo do skontaktowania się tylko z wybranym Oferentem.

zatwierdzam

W załączeniu:

1. Formularz ofertowy.
2. Wykaz osób,
3. Oświadczenie

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie

*Dariusz Gałecki*  
lek. med. Dariusz Gałecki



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
ul. Piłsudskiego 11, 22-500  
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl  
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717  
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA  
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001  
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686  
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System  
zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 22000:2005

www.tuv.com  
ID 9105045550

Dane informacyjne do wstępnej oceny pracochłonności  
badania sprawozdania finansowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki  
Zdrowotnej w Hrubieszowie

Adres Zleceniodawcy	Zarząd Powiatu Hrubieszowskiego
Adres	Ul. Narutowicza 34
Osoba do kontaktu	Irena Ziółkowska pracownik SPZOZ
tel	84 5353309

#### Charakterystyka jednostki gospodarczej

Forma prawna	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej		
Numer KRS	0000062013	NIP	919-15-17-717
Miejsce udostępnienia dokumentacji do badania	SPZOZ ul. Mickiewicza 2, 22-500 Hrubieszów		
Faktyczny przedmiot działalności	Udzielanie świadczeń zdrowotnych		
Liczba zatrudnionych w 2018r	609		
Badania sprawozdania finansowego za lata ubiegłe- ostatnie	2018		
Rodzaj wydanej opinii	Bez zastrzeżeń		

#### Dane finansowe jednostki poddanej audytowi za rok poprzedni 2018

Suma bilansowa	28 277 107,36
Przychody łącznie	51 630 217,81
Wynik finansowy. Netto	Strata 2 352 407,93
Szacunkowa liczba dokumentów rocznie	Ok 14 000

