**Rozdział III FORMULARZ OFERTY Załącznik nr 1 do SWZ**

pieczęć wykonawcy

............................ dn. ................

miejscowość

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W TRYBIE PODSTAWOWYM REALIZOWANYM NA PODSTAWIE ART. 275 UST. 1, 359 ust. 2 USTAWY PZP**

**1**. **ZAMAWIAJĄCY**:

|  |
| --- |
| Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji  Ul. Inwalidów Wojennych 26  56-100 Wołów |

**2.WYKONAWCA (Lider):**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)**  **(Pełna nazwa / firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reprezentowany przez:……………………………………………………………….......……..

*(Imię, nazwisko, Stanowisko, podstawa do reprezentacji)*

Nr telefonu Wykonawcy: ……………………………………………………............................

E-mail Wykonawcy: ………………………………………………………………………........

Nr konta Wykonawcy: ……………………………………………………………………….....

Wykaz i opis udzielonych pełnomocnictw do niniejszego postępowania / składanych dokumentów i oświadczeń / oferty:

………………………………………………………………………...................................……

Składanie zamówień:

* 1. Numer telefonu…………………………………………………………………..…..……..
  2. adres e-mail:…………………………………………………………..…………………….
  3. adres e-mail dotyczący składania reklamacji……………………………………………….

**3**. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW/**dla Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne – Pełnomocnik/ Lider:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu; Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

Ja (my) niżej podpisany(i) **oświadczamy, że:**

Akceptuję\*(emy\*) bez zastrzeżeń opis przedmiotu zamówienia, wymagania zawarte w SWZ oraz projekt umowy załączony do SWZ i zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i zasadach obowiązujących w tym postępowaniu. W przypadku uznania mojej\*(naszej\*) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję\*(emy\*) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

**4. Kryterium I - Cena całkowita za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

Wartość netto: ………………………………PLN + ………... PLN (…..% VAT) =

**WARTOŚĆ BRUTTO: ……………………..…....PLN**

**Słownie brutto PLN: …………………………………………………………..…**

Przedmiot zamówienia, zasady wyceny zostały przez zamawiającego opisane w treści SWZ i nie zgłaszamy żadnych uwag i zastrzeżeń związanych z przygotowanym przez zamawiającego opisem. W przypadku wyboru naszej oferty deklarujemy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zamawiającego i przepisami prawa, treścią oferty, w terminie zakreślonym niniejszą SIWZ.

**5. Kryterium nr II** - **Ciepła kolacja w tygodniu:**

* *Oferuję jedną ciepłą kolację w tygodniu \**
* *Brak ciepłych kolacji \**

*\*zaznaczyć właściwe*

Oświadczamy, że w przypadku nie wypełnienia ww pozycji deklarujemy brak ciepłej kolacji w tygodniu.

**6. Żadna** z informacji zawarta w ofercie **nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa**w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*) / **wskazane poniżej informacje** zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania\*\*\*\*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) lub oddzielna części oferty (proponowane rozwiązanie) | |
| Od | Do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

*\*\*\*) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności (DZ. U z dnia 24 sierpnia 2018 r poz. 1637).*

*\*\*\*\*) Wykonawca załączy niniejsze oświadczenie, tylko wtedy, gdy zastrzeże w ofercie, iż któreś z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstw oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Pzp.*

**7. Deklaracja dotycząca podwykonawstwa:\*\***

☐ Oświadczam, że zamówienie będę realizował samodzielnie i nie zamierzam zrealizować przy udziale podwykonawców

☐ Oświadczamy, że zamówienie zamierzam zrealizować z udziałem podwykonawców (**wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcom**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podwykonawca**  **(dane identyfikujące: adres, nazwa, NIP/PESEL)** | **Zakres części zamówienia / roboty budowlanej, dostawy czy usługi w w którym Wykonawca ma zamiar powierzenia realizacji podwykonawcy** |
|  | Adres: ……………………….  Nazwa: …………………  NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………  Zakres prac: ……………………………………………….  Rozmiar: …………………………………………… % |
|  | Adres: ……………………….  Nazwa: …………………  NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………  Zakres prac: ……………………………………………….  Rozmiar: ……………………………………………… % |

**8**. Wraz z ofertą składamy dokumenty wymienione w SWZ.

**9**. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że [**będziemy polegać / nie będziemy polegać**]\* na **zasobach innych podmiotów** określonych w art. 118-123 ustawy Pzp w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej, które są udostępnione przez:

…...................................................................................................................................................

*(należy wymienić nazwy i adresy podmiotów)*

**10**. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

*Mikroprzedsiębiorstwo*

*Małe przedsiębiorstwo*

*Średnie przedsiębiorstwa*

(proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

**11.** Uważam/y/ się za **związanych niniejszą ofertą przez 30 dni** od upływu terminu składania ofert.

**12**. Wyrażamy zgodę na samodzielne pobranie przez Zamawiającego za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych krajowych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352) dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. ………………………………………..…. - ……………………………………………..

*(Nazwa dokumentu i wskazanie punktu w SIWZ) (Adres internetowy)*

**13. Oświadczenia wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO** (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, tzw. RODO)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**14.** Jeżeli wykonawca złożył ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego **obowiązku podatkowego** zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W związku z wystąpieniem takiego przypadku w ofercie, wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego; **TAK/NIE**

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego; ………………………………………………...***(nazwa – rodzaj)***

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku; ………………………………………………… ***(wartość towaru lub usługi)*** ………………………....................................

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie; ……………………………. ***(wskazanie stawki podatku od towaru i usługi)***…………….

**15. Jeżeli Wykonawca bierze udział w postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami:**

**a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania)** *(należy wypełnić – o ile dotyczy)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |

**b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

**16.** Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie zgodnym ze wzorem umowy.

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić, jeżeli dotyczy Wykonawcy

Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**FORMULARZ CENOWY**

KUCHNIA, w której przygotowywane będą posiłki znajduje się:

………………………………………………………………..…………………………………

*podać adres*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Przewidywana liczba osobodni** | **Cena jednostkowa osobodnia netto PLN** | **Cena jednostkowa osobodnia brutto PLN** | **Wartość netto**  **PLN** | **Wartość VAT (……%)** | **Wartość brutto**  **PLN** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| **Całodobowe wyżywienie pacjenta** (śniadanie, obiad, kolacja, podwieczorek (ZPO), zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 8 do SWZ) | **30 000** | …… PLN  (w tym:  Śniadanie ….. PLN,  Obiad ….. PLN, kolacja ….. PLN) | …… PLN  (w tym:  Śniadanie ….. PLN,  Obiad ….. PLN, kolacja ….. PLN) | …… PLN | …… PLN | …… PLN |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów przez okres 12 miesięcy”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **3/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1-6 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………………...........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………............................... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący podwykonawca/-y: ………………………………………………………………….........................…..….……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. **„Świadczenie usług w zakresie całodobowego żywienia pacjentów przez okres 12 miesięcy”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o., nr postępowania **3/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie**[[1]](#footnote-2)**

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;
4. zdolności technicznej lub zawodowej.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy do żadnej grupy kapitałowej** w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.

 Niniejszym oświadczam, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(należy wskazać pełną nazwę / firmę i adres wykonawcy, który złożył odrębną ofertę)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

UWAGA:

1. W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej, powinien przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.
2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie, niniejsze oświadczenie składa każdy z wykonawców.

Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ USŁUG**

1. **OŚWIADCZAM/Y, ŻE** SPEŁNIAM /-Y WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI TECHNICZNEJ LUB ZAWODOWEJ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca**  **Usług**  (nazwa, adres) | **Miejsce wykonania/ wykonywania usług**  (miejscowość, adres) | **Zakres usług** | **Czas realizacji** | | **Wartość usług**(wykonanych /wykonywanych)  z podatkiem VAT (brutto)  (PLN) |
| **początek**  (data) | **koniec**  (data) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
|  |  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł. brutto  \* *za okres wskazany w kol. 04 i 05* |
| Wartość umowy za okres ostatnich 12 m-cy:  …………………….….…… zł. brutto  \**należy wypełnić jeżeli zamówienie obejmuje usługi realizowane powyżej 12 m-cy* |

1. **UWAGA: wykonawca jest zobowiązany dołączyć do wykazu dowody określające, czy usługi te zostały wykonane/ są wykonywane należycie.**
2. ................................,dnia ........................r.
3. *(Miejscowość)*
4. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
5. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***
6. Załącznik nr 6 do SWZ
7. **Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

1. **ul. Inwalidów Wojennych 26**
2. **56-100 Wołów**
3. **Wykonawca:**
4. ………………………………………
5. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
6. reprezentowany przez: ………………………………………………….
7. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDA UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami:

− **minimum dwóch kucharzy** posiadających wykształcenie gastronomiczne oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP, z min. 2-letnim doświadczeniem w przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia;

− **minimum jedną osobę -dietetyka/dietetyczkę** z min. rocznym doświadczeniem w zakresie żywienia pacjentów w placówkach służby zdrowia –posiadającą wydany przez uprawnioną jednostkę dokument (dyplom) wskazujący uprawnienia dietetyka oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP;

− **minimum 1 kierowca + 1 konwojent**, po przeszkoleniu z Dobrej Praktyki Higieny (GHP).

Dysponuję/dysponujemy następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie\* | Wykształcenie | Numer \*\*  Świadectwa (dot. kucharzy)/  Dyplomu (dot. dietetyka)/  Certyfikatu z przeszkolenia (dotyczy kucharzy, dietetyka, kierowcy i konwojenta) | Zakres wykonywanych czynności | Informacje  o podstawie do dysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* w przypadku kucharzy i dietetyka należy podać ilość lat pracy przy przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia.**

\*\* należy podać nr dokumentów wydanych przez uprawnione jednostki.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 7 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ NARZĘDZI, WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH DOSTĘPNYCH WYKONAWCYUSŁUG**

Oświadczam/y, że dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym do wykonywania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz narzędzi** | **Informacja  o podstawie dysponowania zasobami** |
| 1. | **Adres kuchni:......................................................**  kuchnia zatwierdzona decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w sprawie zatwierdzenia zakładu prowadzącego działalność związaną z produkcją i obrotem żywnością w zakresie przygotowania posiłków od surowca do gotowej potrawy oraz świadczenia usług dla odbiorców zewnętrznych na czas realizacji przedmiotowego zamówienia |  |
| 2. | **środek transportu służący do przewozu żywności**  Marka ………………………………………………..  Nr rejestracyjny ………………………………… |  |

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 8 do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**1. Całodobowe wyżywienie pacjenta (śniadanie, obiad, kolacja, podwieczorek (ZPO) zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia**

1. Wykonawca przygotuje i dostarczy posiłki w liczbie wynikającej z aktualnych potrzeb Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia większej ilości posiłków w sytuacji nadzwyczajnej, nie trwającej dłużej niż 30 dni, której nie można było przewidzieć w chwili udzielenia zamówienia, a związanej ze zwiększonym napływem rannych lub chorych.

**2. Ponadto Wykonawca zobowiązany będzie do:**

1. dostarczania codziennie dodatków białkowych dla pacjentów wymagających wyższej podaży białka, zalecanych przez lekarza;
2. dostarczania zupy mlecznej do śniadań 7 razy w tygodniu,
3. do obiadu Wykonawca doda kompot, kisiel płynny itp., natomiast do pozostałych posiłków herbatę, kakao lub kawę i mleko itp. wraz z cukrem (z uwzględnieniem osób chorych na cukrzycę) w następujących ilościach:

* dostarczania kawy zbożowej z mlekiem do śniadań lub kolacji 5 razy w tygodniu;
* dostarczania kakao do śniadań lub kolacji 1 razy w tygodniu;
* w pozostałe dni dostarczania herbaty do śniadań i kolacji.
* cukier (20g dla pacjenta na cały dzień - do śniadania i kolacji) z wyłączeniem osób chorych na cukrzycę. Cukier powinien być dostarczony w osobnym opakowaniu

1. dostarczania codziennie dodatku warzywnego do śniadania, obiadu i kolacji
2. dostarczenia łyżek „gałkownic" (5 sztuk) ze stali nierdzewnej o pojemności min 80 gram do porcjowania ziemniaków na czas trwania umowy. W przypadku uszkodzenia łyżek Wykonawca zobowiązany jest wymienić uszkodzony towar na nowy.
3. w każdym jadłospisie dekadowym Wykonawca dostarczy Zamawiającemu:

* porcję ryby (min. 2 raz na 10 dni);
* kotlet schabowy (min. 1 raz na 10 dni)- miękkie mięso;
* kurczak (min. 2 raz na 10 dni)- miękkie mięso;
* dodatki dla cukrzyków (jogurt naturalny, kefir naturalny, sok pomidorowy, owoce z niskim indeksem glikemicznym, kisiel bez cukru, galaretka bez cukru, budyń bez cukru, surówki ze świeżych warzyw, brokuły gotowane), posiłek nocny - kanapki (z chudą szynką, serem twarogowym lub jajkiem) z warzywami;
* dodatki dla podopiecznych ZPO (jogurt naturalny, jogurt owocowy, musy jabłkowe, musy marchwiowe, banany, kisiel, budyń, galaretka z owocami, surówka z marchwi i jabłek, biszkopty).

Pozostałe potrawy Wykonawca będzie ustalał z Zamawiającym 5 dni przed planowanym jadłospisem- przesłanie poprawionego jadłospisu do akceptacji.

Obróbka technologiczna wszystkich potraw dostosowana do ustalonej diety.

Dodatkowo Wykonawca zawsze powinien mieć ze sobą zapas produktów i gotowych potraw z diet (szynka, masło, pieczywo, mięso do obiadu itd.) w celu dołożenia brakujących porcji.

**3. Zgłaszanie zapotrzebowania na posiłki:**

1. W godzinach 7:30 – 8:00 osoba wyznaczona przyjmuje zgłoszenia o ilości hospitalizowanych pacjentów.
2. O godzinie 8:00-9:00 zgłaszane będą zmiany do Kuchni Wykonawcy.

**W dniach wolnych od pracy zmiany będą zgłaszał telefonicznie do kuchni Wykonawcy przez Personel danego oddziału.**

Wykonawca będzie dostarczał posiłki do wydzielonych miejsc w Szpitalu - specjalistycznym transportem na swój koszt i ryzyko, codziennie w następujących godzinach:

**Śniadanie do godz. 7:30-8:00**

**Obiad + podwieczorek + kolacja + kolacja nocna do godz. 1230**

Dopuszcza się dostarczanie drugiego śniadania i podwieczorku i kolacji odpowiednio wraz ze śniadaniem i obiadem, kolacja i posiłek nocny.

**4. Dostarczanie posiłków.**

1. Wykonawca posiłków zobowiązany będzie dostarczyć posiłki do wydzielonych miejsc w Szpitalu i ZPO, na własny koszt i ryzyko. Wykonawca musi dysponować środkami transportu przystosowanymi do przewozu żywności, posiadającym decyzję Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
2. Wykonawca będzie dostarczał posiłki codziennie w następujących godzinach:

**Śniadanie do godz. 7:30-8:00**

**Obiad + podwieczorek + kolacja + kolacja nocna do godz. 1230**

Dopuszcza się dostarczanie drugiego śniadania i podwieczorku i kolacji odpowiednio wraz ze śniadaniem i obiadem, kolacja i posiłek nocny.

1. Dostarczanie posiłków winno odbywać się w odpowiednich przeznaczonych do tego celu pojemnikach termoizolacyjnych, wykonanych z tworzywa, zabezpieczających posiłki przed wylaniem oraz schłodzeniem:

* termosy jednoskładnikowe przeznaczone do transportu gorących posiłków (zupa, napoje);
* termosy wieloskładnikowe wypełnione pojemnikami, które występują w różnej konfiguracji, zapewni dostarczenie na oddziały poszczególnych części posiłków.

Należy zapewnić wymagany standard Sanitarno-Epidemiologiczny.

Posiłki powinny być posortowane na wyżej wymienione jednostki, natomiast opakowania (termosy) opisane nazwą danej jednostki.

Mycie oraz dezynfekcja termosów po stronie Wykonawcy.

**5. Pozostałe wymagania.**

1. Wykonawca musi dysponować należycie wykwalifikowanym i dostatecznie licznym personelem zapewniającym poprawne wykonanie usługi.

Zamawiający zastrzega sobie - posiadając uprawnienie do wstępu do Kuchni Wykonawcy w terminie uzgodnionym z Wykonawcą - prawo kontroli jakości usług, w szczególności w zakresie:

1. przestrzegania przepisów norm i zasad sanitarno- epidemiologicznych przy przygotowaniu i dostarczeniu posiłków, myciu i dezynfekcji naczyń kuchennych oraz odbioru i utylizacji odpadów pokonsumpcyjnych, przestrzegania diet, normatywnych wartości energetycznych, wartości odżywczych i smakowych oraz sezonowości posiłków, przestrzegania harmonogramu dostarczania posiłków oraz przepisów dotyczących jadłospisów.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykonywania w swoim zakresie okresowych badań czystości mikrobiologicznej urządzeń mających kontakt z żywnością, rąk personelu Wykonawcy oraz środka do transportu posiłków.

Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu na jego żądanie protokoły z każdorazowej kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i badań wody.

1. Wykonawca na cały okres obowiązywania umowy musi dysponować kuchnią w której będzie produkować posiłki dla Zamawiającego.
2. Wykonawca przez cały okres obowiązywania umowy, jak również w ciągu 6 miesięcy po jej zakończeniu musi być ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności na minimalną kwotę nie mniejszą niż wartość brutto składanej oferty na jedno i wszystkie ryzyka z tytułu szkód na osobie i mieniu, niezależnie od liczby szkód wynikających z jednego zdarzenia. W przypadku jakiejkolwiek wypłaty dokonanej przez ubezpieczyciela, suma gwarancyjna ma zostać automatycznie odnowiona.

**Szczegółowe warunki świadczenia usługi żywienia przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego określa projekt umowy.**

**6. KOMPLEKSOWA USŁUGA ŻYWIENIA POLEGAĆ BĘDZIE NA:**

1. Sporządzaniu i dostarczaniu odpowiednich diet dla pacjentów Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Sp. z o.o. w restrukturyzacji (PCM w Wołowie), zgodnie z obowiązującymi normami żywienia. Podstawą jest jadłospis dekadowy sporządzany przez dietetyków Wykonawcy i przedstawiony Zamawiającemu na 5 dni przed rozpoczynającą się dekadą. Rodzaje i ilość diet zlecanych przez Zamawiającego wynikać będą z liczby hospitalizowanych pacjentów oraz ze wskazań medyczno- dietetycznych pacjentów PCM w Wołowie.
2. Produkty niezbędne do przygotowywania posiłków zapewnia Wykonawca.
3. Sporządzaniu specjalistycznych diet dla dorosłych (także ZPO) zgodnie z indywidualnym zleceniem lekarza oraz uwzględniania w dietach potraw okolicznościowych z okazji Świąt Bożego Narodzenia, Wielkanocy.
4. Przestrzeganiu zasad higieny przy sporządzaniu i dystrybucji posiłków i utrzymanie odpowiedniej temperatury posiłków (przewóz w termosach, wózkach lub innych urządzeniach utrzymujących odpowiednią temperaturę posiłków).
5. Świadczeniu usług objętych przedmiotem umowy z zachowaniem i przestrzeganiem reżimu sanitarno - epidemiologicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za:
7. niewykonanie lub nienależyte wykonanie prac objętych przedmiotem zamówienia,
8. utrzymanie w czystości narzędzi, urządzeń, wózków transportowych i pomieszczeń wykorzystywanych podczas realizacji usługi,
9. szkody w mieniu i na osobach powstałe z jego winy w trakcie wykonywania przedmiotu umowy,
10. nieprzestrzeganie przepisów sanitarno - epidemiologicznych, bhp i p/poż.,
11. Ponoszenie kosztów mandatów za nieprzestrzeganie przepisów nakładanych przez zewnętrzne instytucje kontrolujące np. Państwową Inspekcję Sanitarną, Inspekcję Pracy.
12. Realizacja zaleceń Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej, Państwowej Inspekcji Pracy, służb p/pożarowych oraz zaleceń służb kontroli wewnętrznej.
13. Sprawowanie bieżącego nadzoru nad pracą personelu przez pracownika posiadającego kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu w/w świadczeń oraz posiadającego doświadczenie zawodowe w żywieniu zbiorowym w placówkach służby zdrowia i prowadzenie stosownej dokumentacji w tym zakresie.
14. Pełnym wyżywieniu pacjentów polegającym na przygotowaniu posiłków z podziałem na diety według zamówień z poszczególnych oddziałów.
15. Zapewnieniu odpowiednich wymagań jakości posiłków tj. właściwej ich temperatury, kaloryczności i gramatury, układania diet oraz dostarczanie ich według ustalonego dziennego harmonogramu żywienia.
16. Używaniu do produkcji posiłków surowców i artykułów świeżych najwyższej jakości.
17. Procesie produkcji posiłków zgodnym z normami prawnymi obowiązującymi w polskim prawodawstwie.

**7. INFORMACJE O ZAKRESIE ŻYWIENIA:**

1. Ilość żywionych pacjentów w Szpitalu wynosi przeciętnie 130 osoby dziennie (ilość uzależniona od hospitalizacji w danym dniu).
2. W szpitalu stosowane są diety wg nomenklatury diet (punkt 10).
3. Posiłki wydawane są pacjentom w godzinach:
4. Śniadanie 8:00 do 830
5. Drugie śniadanie 1000 – 1100
6. Obiad 1200– 1300
7. Podwieczorek 1500– 1600
8. Kolacja i dodatek nocny dla diety cukrzycowej1730– 1830
9. Temperatura dostarczonych posiłków na poszczególne oddziały szpitalne powinna wynosić:
10. Zupy minimum 75°C,
11. Drugie dania minimum 65°C,
12. Gorące napoje minimum 80°C,
13. Zimne napoje od 0 - 14°C
14. Wędliny do 4°C.
15. Dostarczane posiłki muszą być świeże z bieżącej produkcji dziennej nie wymagające dodatkowej obróbki technologicznej.

**8. ZASADY DYSTRYBUCJI POSIŁKÓW**

1. Dietetyk Wykonawcy - sporządza dekadowe i dzienne jadłospisy diet i przekazuje je osobie upoważnionej Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji.
2. **Pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka koordynująca określa liczbę poszczególnych diet z rozbiciem na posiłki i przekazuje je do Sekretariatu**
3. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie żywienia w szpitalu sporządza raz na miesiąc zestawienie ilości wydawanych diet na poszczególne oddziały w rozbiciu na posiłki i uzgadnia z Wykonawcą stany żywionych będące podstawą wystawienia faktury.
4. Posiłki przysługujące pacjentom w zależności od przybycia pacjenta do oddziału:
5. przyjście pacjenta do godziny 6:00 (żywienie całodobowe)
6. przyjście pacjenta do godziny 10:00 (dwa posiłki: obiad + kolacja)
7. przyjście pacjenta w godzinach 10:00 a 14:00 (kolacja)
8. w dniu wypisu pacjenta ze szpitala przysługuje śniadanie oraz obiad
9. Nadzór nad usługą będzie prowadzony przez personel medyczny szpitala.

**9. SZCZEGÓŁOWE WYMAGANIA ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Wykonawca musi stosować zasady Dobrej Praktyki Produkcyjnej (GMP- Good Manufacturing Practice), zasady Dobrej Praktyki Higienicznej (GHP - Good Hygiene Practice) oraz zasady systemu HACCP (Hasard Analysis Critical Control Points) lub posiadają inne certyfikaty jakości Systemu Zarządzania Jakością.
2. Wykonawca musi przestrzegać zasad sanitarno-higienicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. W sytuacji uszkodzenia na oddziałach szpitala / ZPO wózków do transportu posiłków, Wykonawca na czas realizacji umowy zapewni odpowiednią ich ilość według wymagań Zamawiającego. Na chwilę obecną Wykonawca powinien zapewnić 5 wózków na poszczególne oddziały. Koszt użyczenia wózków wliczony zostanie w cenę oferty.
4. Wykonawca posiada obowiązek zabezpieczenia żywienia pacjenta niezależnie od nieprzewidywalnych zdarzeń np. awaria urządzeń na kuchni Wykonawcy, trudności personalne, itp. O opóźnieniu w dostarczeniu posiłków Wykonawca musi niezwłocznie poinformować osobę odpowiedzialną za żywienie w Powiatowym Centrum Medycznym w Wołowie Sp. z o.o. w restrukturyzacji, który poinformuje oddziały szpitalne / ZPO o zaistniałym fakcie. Wobec powyższego zastosowania zostanie procedura postępowania w sytuacjach awaryjnych na wypadek niedostarczenia posiłków do wskazanych w Umowie miejsc dostawy, stanowiąca załącznik do umowy.

**10. Nomenklatura diet w Powiatowym Centrum Medycznym w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA DIETY** | **ZAŁOŻENIA** | **WSKAZANIA, CHARAKTERYSTYKA** |
| 1 | Dieta podstawowa | Energia: 2400kcal  Białko: 82g  Tłuszcz: 73g  Węglowodany: 360g | Dieta podstawowa stosowana jest u osób niewymagających żywienia dietetycznego. Powinna ona spełniać wymagania racjonalnego żywienia ludzi zdrowych, uwzględniając zasady profilaktyki miażdżycy oraz chorób niezakaźnych. Nie zaleca się podawania produktów bardzo tłustych (np. boczku, słoniny, smalcu, tłustych wędlin, tłustego mięsa) oraz produktów wzdymających |
| 2 | Dieta łatwostrawna | Energia: 2200kcal  Białko: 89g  Tłuszcz: 70g  Węglowodany: 304g | Dieta łatwo strawna najczęściej stosowana jest w schorzeniach układu pokarmowego. Znajduje również zastosowanie w innych jednostkach chorobowych wg wskazań lekarza. W diecie tej należy zwrócić uwagę na dobór produktów oraz techniki sporządzania potraw. Wykluczyć należy produkty i potrawy trudno strawne, zawierające stosunkowo dużo błonnika, wzdymające, długo zalegające w żołądku, a także ostre przyprawy. Zalecane techniki kulinarne: gotowanie w wodzie, na parze, duszenie bez obsmażania, pieczenie w folii. |
| 3 | Dieta cukrzycowa z ograniczeniem  łatwo przyswajalnych  węglowodanów | Energia: 2200kcal  Białko: 85-95g  Tłuszcz: 55-62g  Węglowodany: 300-320g | Dieta ta ma zastosowanie przede wszystkim u chorych na cukrzycę, może też mieć zastosowanie w innych jednostkach chorobowych wg wskazań lekarza. Zadaniem diety jest uzyskanie i utrzymanie optymalnych wartości parametrów gospodarki węglowodanowej oraz zapobieganie powikłaniom cukrzycy. Zasadnicza modyfikacja polega na ograniczeniu łatwo przyswajalnych węglowodanów (o wysokim indeksie glikemicznym). Chorzy na cukrzycę nie mogą jednorazowo spożywać zbyt dużych ilości pożywienia, ani zbyt długo nie spożywać posiłków. Posiłki powinny być spożywane o stałych godzinach, przerwy między posiłkami nie powinny być dłuższe niż 3-4 godziny. |
| 4 | Dieta  niskoenergetyczna | Energia: 1000kcal  Białko: 60g  Tłuszcz: 40g  Węglowodany: 220g | Dieta niskoenergetyczna ma zastosowanie u osób z nadwagą lub otyłością. Może mieć również zastosowanie w początkowych okresach rekonwalescencji po przebytych niektórych chorobach, jeśli chory musi stopniowo dochodzić do żywienia o pełnej wartości energetycznej. |
| 5 | Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu wątrobowa beztłuszczowa | Energia: 2200kcal  Białko: 80g  Tłuszcz: max. 40g  Węglowodany: 340g | Dieta ta ma zastosowanie między innymi w ostrym i przewlekłym zapaleniu wątroby, trzustki, przewlekłym zapaleniu i kamicy pęcherzyka żółciowego oraz dróg żółciowych, kamicy żółciowej (pęcherzykowej i przewodowej), okresie zaostrzenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W diecie tej spożycie tłuszczu jest ograniczone do 40g na dobę; jest to tłuszcz zarówno zawarty w produktach (mleko, mięso, wędliny), jak i dodany do pieczywa i potraw. |
| 6 | Dieta łatwostrawna z  ograniczeniem  substancji  pobudzających  wydzielanie soku  żołądkowego - wrzodowa | Energia: 2300kcal  Białko: 80g  Tłuszcz: 70g  Węglowodany: 300g | Dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego ma zastosowanie głównie w przypadku osób cierpiących na wrzód żołądka lub dwunastnicy. Zadaniem diety jest zneutralizowanie soku żołądkowego lub ograniczenie jego wydzielania oraz niedrażnienie mechaniczne, chemiczne i termiczne błony śluzowej żołądka. |
| 7 | Dieta łatwostrawna  bogato białkowa | Energia: 2200-2500kcal  Białko: 100-120g  Tłuszcz: 70g  Węglowodany: 300g | Dieta bogato białkowa ma zastosowanie w wielu stanach chorobowych, m.in. wyniszczeniu organizmu, silnych oparzeniach lub zranieniach, chorobach gorączkowych. Zadaniem tej diety jest dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości białka o wysokiej wartości biologicznej (75% podawanego białka powinna pochodzić z produktów zwierzęcych - chude mięsa, ryby, wysokojakościowe wędliny, jaja, sery twarogowe). Dostarczone w pożywieniu białko spełnia swoje zadanie wówczas, jeśli wartość energetyczna diety jest dostateczna. |
| 8 | Dieta łatwostrawna  niskobiałkowa | Energia: 2200kcal  Białko: 40g  Tłuszcz: 78g  Węglowodany: 330g | Dieta niskobiałkowa stosowana jest w chorobach nerek i wątroby przebiegających z niewydolnością tych narządów. W diecie w niewydolności nerek kalorie niebiałkowe pokrywają produkty bogato energetyczne - węglowodanowe i tłuszczowe. W niewydolności wątroby głównym źródłem energii są węglowodany , ponieważ tłuszcze obciążają chorą wątrobę - w ostrych stanach produkty tłuszczowe należy z diety całkowicie wykluczyć. |
|  | Diety o zmienionej konsystencji (indywidualna) | | |
| 9 | Dieta  papkowata/mielona (gęsta) | Energia: 2200kcal  Białko: 82g  Tłuszcz: 73g  Węglowodany: 302g | Dieta ta może być stosowana w różnych schorzeniach jamy ustnej lub przełyku oraz w tych samych chorobach, co dieta łatwo strawna, jeśli chory nie może gryźć lub połykać nierozdrobnionego pokarmu. Potrawy przyrządzane metodą gotowania. W diecie papkowatej zastosowanie mają zupy przecierane, zupy krem, podprawione zawiesiną z mąki i śmietanki, zagęszczane żółtkiem, masłem. Warzywa i owoce zaleca się w postaci surowych soków oraz w gotowanej - rozdrobnionej. Mięsa gotowane mielone lub sporządzane z masy mielonej najlepiej podawać z sosami. |
| 10 | Dieta do żywienia przez zgłębnik | Energia: 2200 kcal  Białko: 99g  Tłuszcz: 78g  Węglowodany: 275g | Może być stosowana w bardzo różnych przypadkach, m.in. w niektórych schorzeniach jamy ustnej i urazach twarzoczaszki, stanach po oparzeniach przełyku i żołądka, nowotworach przełyku i wpustu żołądka, u chorych nieprzytomnych oraz innych stanach chorobowych wg wskazań lekarza. Dieta do żywienia przez sondę lub przetokę musi mieć taką konsystencję, aby nie wystąpiły trudności w jej podawaniu, pokarm musi przechodzić swobodnie przez zgłębnik. 1 ml pożywienia powinien dostarczać 1 kcal. Do żywienia przez zgłębnik można wykorzystać dietę płynną wzmocnioną. |
| **DIETA INDYWIDUALNA**  **Zamawiający zastrzega sobie prawo zgłaszania diety indywidualnej, takiej jak: bezsolna, ziemniaczana, bezglutenowa, bogato resztkowa, wegetariańska lub inne zgodnie z zaleceniem lekarza. Racje pokarmowe, ich wartość kaloryczna i odżywcza wg zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego i Instytutu Żywności i Żywienia w sprawie norm żywieniowych,** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Gramatura gotowego dania na osobę powinna wynosić co najmniej:  **DIETY INDYWIDUALNE** | |
| Zupa nie mniej niż 400 ml (warzywa 70 g)  Zupa mleczna nie mniej niż 400 ml  Bitka nie mniej niż 70 g w sosie 150 ml  Schab nie mniej niż 70 g w sosie 150 g  Gulasz nie mniej niż 70g mięsa w sosie 150g  Kotlet schabowy nie mniej niż 100 g  Kotlet mielony nie mniej niż 100 g  Ryba nie mniej niż 100g  Kurczak nie mniej niż 100g  Potrawka drobiowa nie mniej niż 150 g  Risotto nie mniej niż 350 g; sos nie mniej niż 150 ml  Łazanki nie mniej niż 400 g  Pierogi nie mniej niż 400 g, kopytka nie mniej niż 400 g  Makaron z mięsem i jarzynami nie mniej niż 350 g; sos nie mniej niż 150 ml  Makaron nie mniej niż 200g; ser biały nie mniej niż 100 g  Makaron nie mniej niż 200 g; jabłko prażone nie mniej niż 100 g  Ziemniaki nie mniej niż 200 g  Kasza gryczana nie mniej niż 250g  Ciasto drożdżowe, racuchy, naleśniki - nie mniej niż 200 g  Kasza jęczmienna nie mniej niż 250g  Buraki nie mniej niż 200 g  Marchew gotowana nie mniej niż 200 g Surówki nie mniej niż 150 g  Brokuły/kalafior gotowany nie mniej niż 150g  Dodatki warzywne/ owocowe do śniadań/kolacji minimum 100 g, kolacji 150 g.  Kisiel b/c nie mniej niż 150 ml  Budyń b/c nie mniej niż 150 ml  Galaretka b/c nie mniej niż 150ml  Musy owocowo - warzywne - nie mniej niż 150g  Napoje (herbata, kawa, kakao, kompot)  nie mniej niż 250 ml | Jogurty naturalny/owocowy nie mniej niż 150g  Kefir naturalny nie mniej niż 150ml  Sok pomidorowy: nie mniej niż 150ml  Owoce: l sztuka (jabłko, banan) - minimum 100g  Biszkopty nie mniej niż 20g  Posiłek nocny: kanapka - pieczywo razowe nie mniej niż 60 g, masło extra nie mniej niż 15g, szynka nie mniej niż 30 g (lub ser twarogowy 40g lub jajko 50g)  Masło extra nie mniej niż 82% nie mniej niż 15g  Pieczywo mieszane nie mniej niż 100g  Jajko gotowane około 50g (2 jajka na 1 pacjenta)  Ser żółty (nie wyrób seropodobny) - nie mniej niż 50 g  Parówka nie mniej niż 100 g.  Pasta mięsno – jarzynowa – nie mniej niż 50 g,  Pasta rybna – nie mniej niż 70 g  Wędlina na zimno nie mniej niż 40 g  Ser topiony nie mniej niż 50 g  Wędlina, dżem, miód, twaróg - w zależności od ustalonej kaloryczności diety |
| **Gramatura posiłków powinna być zgodna z nomenklaturą diet (kalorycznością) obowiązującą w Powiatowym Centrum Medycznym w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji.** | |

**11. Produkty spożywcze i potrawy niestosowane w szpitalu i w niżej wymienionych oddziałach oraz ich zamienniki.**

1. konserwy mięsne: mielonki, pasztety, szynki, gulasze angielskie;
2. mięsa mrożone, suszone;
3. jajka w proszku;
4. margarynę lub masło roślinne do smarowania pieczywa;
5. gotowe produkty np. mrożone pierogi, krokiety;
6. dania typu instant;
7. jaja surowe w postaci: kremów, majonezów, legumin;
8. sosy podprawiane zawiesiną z mąki;
9. past rybnych
10. salcesonu, kaszanki
11. parówki w sosie

Ponadto w żywieniu chorych hospitalizowanych nie stosuje się past serowych, past jajecznych, pasztetówki w okresie letnim. W miejsce tych potraw należy podawać twaróg nierozdrobniony lub serek homogenizowany w małych opakowaniach jednostkowych, jajka gotowane nierozdrobnione, wędliny dobrej jakości.

**12. Dodatki białkowe.**

Dodatki białkowe dostarczane będą codziennie dla pacjentów wymagających wyższej podaży białka zalecanej przez lekarza. Zapotrzebowania na poszczególne oddziały są zgłaszane przez Zamawiającego.

1. Pieczywo musi być dobrej jakości (tj. zgodne z normą branżową - pieczywo mieszane pszenno - żytnie PN 93/A 74103) z aktualnym okresem przydatności do spożycia.

Chleb pszenno - żytni musi być: krojony, bułka pszenna „kajzerka" o wadze 50g odpowiadającej 1 sztuce.

1. Mleko gotowane i produkty nabiałowe dostarczane codziennie /włącznie z niedzielą.

Wymienione produkty nabiałowe muszą być zgodne z PN, dobrej jakości (tj. mleko 2% - o świeżym zapachu i smaku, o odpowiednim kolorze, niewodniste, w postaci gotowanej, ser twarogowy półtłusty o świeżym zapachu i smaku, konsystencja stała bez podciekania serwatką, porcjowany, nierozdrobniony).

1. Masło ekstra - porcjowane - nieprzebarwione, niezjełczałe, bez kruszenia się podczas smarowania, o świeżym zapachu i smaku);
2. Jajka I gatunku, 1 szt. odpowiadająca wadze nie mniejszej niż 50g, świeże, czyste, odkażone chemicznie lub odkażone przy pomocy naświetlacza UV, gotowane na twardo;
3. Wędliny I gat. muszą być zgodne z PN, dobrej jakości, świeże /nie mrożone/, z małą ilością tłuszczu.

Biorąc pod uwagę krojenie wędlin, następnie transport do oddziałów i czas podania pacjentowi wymaga się, aby wędliny zachowywały świeżość i odpowiedni kolor.

Wędliny I gat. muszą być pokrojone.

1. Mięso - filet drobiowy należy dostarczać ze sztuk pierwszego gatunku, z małą zawartością tłuszczu. Produkty muszą być zgodne z PN.

Mięso powinno być ugotowane, zmielone i porcjowane.

UWAGA:

Wszystkie produkty zużyte do przygotowania dodatków białkowych powinny mieć zachowane próbki zgodne z zaleceniami Sanepidu.

**13. Alergeny**

Wykonawca zobowiązany jest do udostępnienia listy alergenów występujących w składzie poszczególnych potraw tj. przedstawienia wykazu alergenów wraz z informacją, która potrawa zawiera lub może zawierać alergen w dekadowych jadłospisach.

**14. Inne uwagi**

Wykonawca zobowiązany jest do przygotowywania posiłków z produktów świeżych,

Zamawiający zobowiązuje Wykonawcę do używania do produkcji posiłków produktów posiadających aktualne terminy ważności,

# Odbiór, mycie i dezynfekcja termosów należeć będą do Wykonawcy. Zamawiający zastrzega sobie w trakcie realizacji umowy do komisyjnego kontrolowania stanu higienicznego termosów bądź tez opakowań.

**15.** Dziennie przygotowywane i dostarczane są posiłki dla około **130** **pacjentów** w trzech lokalizacjach, tj.:

Szpital Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 18, 56-100 Wołów:

1. Oddział Rehabilitacji ogólnoustrojowej (podkuchenka – II piętro, winda)

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy (ZPO)Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 18, 56-100 Wołów:

1. ZPO I (podkuchenka I piętro, winda)
2. ZPO II (podkuchenka II piętro, winda)

Szpital Brzeg Dolny, Al. Jerozolimskie 26, 56-120 Brzeg Dolny:

1. Oddział chorób wewnętrznych (podkuchenka – II piętro, winda)
2. Oddział rehabilitacji neurologicznej (od 01.05.2025 r.) (podkuchenna – I piętro, winda)

1. Określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu [↑](#footnote-ref-2)