ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT
NA

WYBÓR INSTYTUCJI FINANSOWEJ ZARZĄDZAJĄCEJ I PROWADZĄCEJ PRACOWNICZE PLANY KAPITAŁOWE (PPK)

Józefów, 15 stycznia 2021 r.

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska,

Ul. Skłodowskiej 5/7; 05-420 Józefów

Osoba uprawniona do kontaktów: Beata Szymczak

E-mail do korespondencji: beata.szymczak@spzozjozefow.pl

Telefon (22) 789-21-21 wew.7

Adres strony internetowej: http://spzozjozefow.pl/

2. Tryb udzielenia zamówienia

1. Postępowanie prowadzone jest w trybie zaproszenia do składania ofert, zwanego dalej Zaproszeniem, do którego nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 wrzesnia 2019 roku Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej „ustawą Pzp".
2. Niniejsze postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji, jawności i przejrzystości.
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych i wariantowych.
4. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu:
5. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy posiadają wpis do ewidencji PPK prowadzonej przez Polski Fundusz Rozwoju. Zamawiający zweryfikuje spełnienie warunku za pomocą strony https://www.mojeppk.pl/lista-instytucji-finansowych.html

6. Nazwa i kod według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

   66131100-8 Usługi inwestycji w fundusze emerytalno-rentowe

3. Opis przedmiotu zamówienia

1. Nazwa postępowania nadana przez Zamawiającego: **Wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK).**
2. Przedmiotem zamówienia jest wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie zgodnie z warunkami zawartymi w niniejszym zaproszeniu oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1342 ze zm.).
3. Istotne warunki zamówienia :

   3.1. Zapewnienie przez Wykonawcę wsparcia w procesie implementacji PPK w tym:
   a) przeprowadzenie kampanii informacyjnej wśród pracowników na temat PPK;
   b) przeszkolenie od 50 do 60 pracowników Zamawiającego wraz z dostarczeniem materiałów informacyjnych na temat pracowniczych planów kapitałowych;
   c) przeprowadzenie przeszkolenia wskazanych przez Zamawiającego pracowników (około 8 osób) z zakresu zasad i obsługi administracyjnej PPK;
   d) opracowanie wstępnego harmonogramu wdrożenia,

e) inne działania proponowane przez Wykonawcę oraz koszty z nimi związane należy wskazać i opisać w formularzu oferty.

3.2. Kompleksowe wsparcie formalno-prawne związane z przygotowaniem PPK w tym:

a) przygotowanie pełnej dokumentacji i wzorów dokumentów dotyczących PPK w wersji papierowej i elektronicznej,
b) wsparcie prawne przy rozwiązywaniu problemów interpretacyjnych,
c) opracowanie procedury wdrożenia PPK oraz zasad jego funkcjonowania w uzgodnieniu z Zamawiającym.

3.3. Uruchomienie, wdrożenie i bieżąca obsługa PPK w tym:

a) dedykowany koordynator/opiekun do współpracy z Zamawiającym;
b) platforma internetowa i infolinia do bieżącej obsługi uczestników PPK;
c) zapewnienie obsługi przez serwis PPK dla pracodawcy plików w formacie csv, txt, xml, jak również w standardzie wypracowanym przez Grupę Projektową PPK współpracującą z PFR;
d) serwis dla Zamawiającego do obsługi PPK przez Internet.

4. Informacje o Zamawiającym:

4.1. Informuje, że na dzień 31 grudnia 2020 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska zatrudnionych było 51 pracowników.

4. Termin wykonania zamówienia

1. Oferty należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 29 stycznia 2021 r. do godz: 12:00 za pośrednictwem poczty elektronicznej (jako skan podpisanej oferty i załączników) na adres: kontakt@spzozjozefow.pl
2. Dopuszcza się złożenie oferty w formie papierowej w zamkniętych kopertach z opisem „Wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)" w siedzibie Zamawiającego: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska, ul. Skłodowskiej 5/7 05-420 Józefów
3. Zawarcie umowy o zarządzanie PPK nie później niż do dnia 26 marca 2021 r.
4. Zawarcie umowy o prowadzenie PPK nie później niż do dnia 10 kwietnia 2021 r.
5. W sprawach dotyczących złożenia oferty należy kontaktować się z Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska, ul Skłodowskiej 5/7 05-420 Józefów na adres: kontakt@spzozjozefow.pl
6. Oferty otrzymane przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostaną pozostawione bez rozpatrzenia.

5. Termin związania ofertą

1. Wykonawca zobowiązany jest przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu.
2. Treść oferty musi odpowiadać treści niniejszego zaproszenia.
3. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
4. Ofertę należy przygotować w języku polskim.

5. Oferta powinna być podpisana przez osoby upoważnione do jej podpisania zgodnie z zasadami reprezentacji z aktualnego wpisu do właściwych rejestrów/ewidencji lub przez pełnomocnika/ pełnomocników zgodnie z zakresem załączonego pisemnego pełnomocnictwa. **Jeśli upoważnienie nie wynika z ogólnie dostępnych danych rejestrowych (wpis KRS, CEIDG) wówczas należy załączyć dokument poświadczający umocowanie danej osoby/ osób do podpisania oferty.**
6. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez upoważnioną(e) osobę(y).
7. Zamawiający wymaga, aby oferta zawierała załączniki z pkt 10

6. Odrzucenie oferty

W niniejszym postępowaniu zostanie odrzucona oferta Wykonawcy który:

a) złoży ofertę niezgodną z treścią niniejszego zaproszenia,
b) nie spełnia warunków udziału w postępowaniu,
c) złożył ofertę po terminie składania ofert.

7. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO związana z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

1) Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska, ul Skłodowskiej 5/7 05-420 Józefów, reprezentowana przez Dyrektora- mgr Marię Kurcz.

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych (IOD) w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie możliwy jest poprzez adres e mail: karolina.wojcik@spzozjozefow.pl lub telefonicznie pod numerem: 22 789-21-21 wew.4;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na **„Wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)"** prowadzonym w procedurze zapytania ofertowego.

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o ustawę o dostępie do informacji publicznej z dnia 26 września 2001 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764) oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów ogólnych.

5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6) W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;

7) posiada Pani/Pan:

a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych
c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

8) nie przysługuje Pani/Panu:

a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.

8. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem wag tych kryteriów i sposobu oceny ofert

1. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

Kryterium	Waga %	Max wartość punktowa
Średnia opłata za zarządzenie PPK (C)	50 %	50
Średnia opłata za osiągnięty wynik (W)	40 %	40
Ocena ekspercka (O)	10 %	10

2. Maksymalna liczba punktów, którą może otrzymać Wykonawca w zastosowanych kryteriach oceny wynosi 100 pkt.
3. Sposób wyliczenia poszczególnych kryteriów oceny ofert przedstawiono poniżej:

Kryterium oceny ofert	Liczba punktów
Średnia opłata za zarządzanie PPK- w ramach niniejszego kryterium Wykonawcom zostaną przypisane punkty w skali od 0 do 50. **średnia opłata za zarządzenie PPK** - średnia arytmetyczna z opłat w poszczególnych funduszach zdefiniowanej daty podanych w Formularzu ofertowym - Tabela I kol.2, rozumiana jako wynagrodzenie za zarządzanie PPK zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy o PPK - procent wartości aktywów netto funduszu w skali roku **C = Cmin / Co x 50 pkt** C- wartość punktowa kryterium Cmin- najniższa średnia opłata zamówienia ze złożonych ofert Co - średnia opłata ocenianej oferty	Max 50

Średnia opłata za osiągnięty wynik – w ramach niniejszego kryterium Wykonawcom zostaną przypisane punkty w skali od 0 do 40. **średnia opłata za osiągnięty wynik** *- średnia arytmetyczna z opłat w poszczególnych funduszach zdefiniowanej daty podanych w Formularzu ofertowym - Tabela I kol.3, rozumiana jako wynagrodzenie za osiągnięty wynik zgodnie z art. 49 ust. 3 ustawy o PPK - procent wartości aktywów netto funduszu w skali roku **W = Wmin / Wo x 40 pkt** W- wartość punktowa kryterium Wmin- najniższa średnia opłata zamówienia ze złożonych ofert Wo - średnia opłata ocenianej oferty	Max 40
Ocena ekspercka przeprowadzona przez Komisje Zamawiającego w tym:	Max 10

1.Odległość od SPZOZ Przychodnia Miejska do najbliższej placówki	od 0 do 1*
2.Liczba podpisanych umów o prowadzenie na dzień 31.12.2020 r	od 0 do 1*
3.Wartość zarządzanych aktywów w zł na dzień 31.12.2020	od 0 do 1*
4.Posiadane doświadczenie w programach emerytalnych	od 0 do 1*
5.Brak opłat za zarzadzanie (wskazać w formularzu ofertowym daty obowiązywania zwolnienia tabela I kol. 4	od 0 do 1*
6.Brak opłat za osiągnięty wynik (wskazać na formularzu ofertowym daty obowiązywania zwolnienia – Tabela I kol. 5)	od 0 do 1*
7. Dodatkowe benefity dla pracowników, mobilna aplikacja na telefon oraz inne funkcjonalności. Należy wymienić wszystkie i załóączyć dokumenty ze szczegółowym opisem Tabela nr III	od 0 do 4*

*1 pkt otrzymuje oferta o najwyższej wartości lub najdłuższym czasie
**za każdy benefit 1 pkt (max4 pkt)

Ostateczna ocena punktowa (K) wyliczana będzie wg wzoru: K= C+ W+O ; gdzie:

C – oznacza kryterium „średnią opłata za zarządzanie PPK"

w – oznacza kryterium „średnią opłatę za osiągnięty wynik"

O – oznacza kryterium „ocenę ekspercką"

9. Udzielenie zamówienia i dodatkowe informacje

1. W przypadku, gdy treść oferty oraz złożonych przez Wykonawcę dokumentów jest niepełna, lub zawiera nieścisłości w stosunku do zakresu wymaganego w zapytaniu, Zamawiający może, w uzasadnionych przypadkach, zwrócić się do Wykonawcy o uzupełnienie braków lub udzielenie wyjaśnień, w wyznaczonym terminie.
2. Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

3. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą po dokonaniu oceny ofert.
4. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana za najkorzystniejszą będzie poinformowany o terminie podpisania umowy.
5. Umowy zostaną zawarte na wzorze Wykonawcy, z uwzględnieniem wymagań określonych w niniejszym zaproszeniu oraz na podstawie deklaracji Wykonawcy zawartych w złożonym Formularzu Ofertowym. We wzorze umowy Wykonawca zobowiązany jest do wniesienia zapisu o 3 miesięcznym okresie wypowiedzenia umowy przez Strony.
6. Umowę może podpisać w imieniu Wykonawcy osoba (osoby) upoważniona(e) do reprezentowania Wykonawcy.

10. Załączniki

1. Formularz Ofertowy.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (w przypadku ofert wspólnych w/w odpis składa każdy z Wykonawców we własnym imieniu). Wykonawca załączy do oferty lub wskaże w formularzu oferty stronę internetową, na której są dostępne.
3. Upoważnienie (pełnomocnictwo) w przypadku podpisywania oferty przez osobę, której umocowanie nie wynika z załączonego dokumentu rejestracyjnego, określającego status prawny Wykonawcy oraz zasady reprezentacji i osoby umocowane do reprezentacji Wykonawcy (wydruk, odpis z KRS, CEIDG).
4. Dokument potwierdzający wpis do ewidencji PPK prowadzonej przez Polski Fundusz Rozwoju.
5. Projekt umowy o zarządzanie PPK.
6. Projekt umowy o prowadzenie PPK.

DYREKTOR
SPZOZ Przychodnia Miejska
mgr Maria Kurcz

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Miejska
05-420 Józefów, ul. M. C. Skłodowskiej 5/7
tel. (22) 789-21-21, fax (22) 789-52-30
NIP 532-16-43-282 REGON: 010045302-00020

Załącznik nr 1 do zaproszenia

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska
ul. Skłodowskiej 5/7
05-420 Józefów

FORMULARZ OFERTOWY

„Wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe"

1. DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Adres lub siedziba	
Numer KRS (jeśli dotyczy)	
Numer NIP (jeśli dotyczy):	
Data wpisu do ewidencji PPK, o której mowa w Rozdziale 10 Ustawy o PPK:	
Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym	1) Imię i nazwisko: ..... 2) tel.: ..... 3) adres e-mail: .....

2. TABELA NR I - OPŁATY

Nazwa funduszu zdefiniowanej daty	Opłata za zarządzanie w procentach	Opłata za osiągnięty wynik	Daty obowiązywania zwolnienia z opłat za zarządzanie	Daty obowiązywania zwolnienia z opłat za osiągnięty wynik
1	2	3	4	5

3. TABELA NR II- KRYTERIA OCENY EKSPERCKIEJ

L.p.	KRYTERIUM	WARTOŚCI
1.	Odległość od SPZOZ Przychodnia Miejska do najbliższej placówki	

2.	Liczba podpisanych umów o prowadzenie PPK na dzień 31.12.2020 r	
3.	Wartość zarządzanych aktywów w zł na dzień 31.12.2020 r	

4. POSIADANE DOŚWIADCZENIA W PROGRAMACH EMERYTALNYCH

Nazwa funduszu emerytalnego	Proszę zaznaczyć „X" w przypadku posiadania doświadczenia
OFE	
IKE	
IKZE	
PPE	
PPO	

5. TABELA NR 3- KRYTERIA DO OCENY EKSPERCKIEJ

L.P.	Opis dodatkowych korzyści	Nr załącznika z opisem
1.		
2.		
3.		
5.		
6.		

IV. Oświadczamy:

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu
2. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z zaproszeniem, udostępnionym przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niego żadnych zastrzeżeń.
4. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

Biuro Spraw

5. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:
   1) .....
   2) .....
   3) .....
   4) .....
   5) .....
   6) .....
7. 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.
8. Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w niniejszym formularzu ofertowym stanowią informację publiczną w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej i wyrażam zgodę na ich udostępnienie w trybie ww. ustawy.

V. PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

..... (miejscowość i data)	....., (Podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika)