



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

L.dz./ZW/GKFK./MK/347/23

Katowice ..... 05. 09. 23 /

Do Wszystkich Wykonawców  
Konkursu z dnia 03.08.2023 r.

## Dyrektor

mgr inż.  
Marian Kreis

ul. Medyków 16  
40-752 Katowice

SEKRETARIAT  
tel.: (32) 207 15 00  
fax: 32 207 15 46

sekretariat@gczd.katowice.pl  
www.gczd.katowice.pl

Administratorem  
danych osobowych zawartych  
w korespondencji jest GCZD.  
Pełna informacja  
o przetwarzaniu danych  
osobowych znajduje się na naszej  
stronie internetowej.

CERTYFIKATY  
JAKOŚCI:



**Dotyczy:** Udzielenie Górnośląskiemu Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach kredytu lub pożyczki w kwocie do 6.000.000,00 PLN na sfinansowanie działalności bieżącej oraz spłatę zobowiązań.

### Pytania z dnia 11.08.2023 r.

#### Pytanie nr 1

Prosimy o doprecyzowanie celu finansowania poprzez wskazanie jaka część kwoty przeznaczona zostanie na działalność bieżącą, a jaka na spłatę zobowiązań.

#### Odpowiedź

**100% środków zostanie przeznaczone na spłatę zobowiązań.**

#### Pytanie nr 2

Czy w przypadku uruchomienia kredytu lub pożyczki w transzach, Zamawiający wyraża zgodę, aby ze względów technicznych każdej transzy pożyczki/kredytu (Transza A, Transza B, Transza C, ...) został nadany odrębny numer? O numerze danej transzy pożyczki/kredytu (Transza A, Transza B, Transza C, ...) Wykonawca zawiadomi Zamawiającego na piśmie.

#### Odpowiedź

**Nie dotyczy.**

#### Pytanie nr 3

W związku z możliwością uruchomienia kredytu lub pożyczki w transzach, prosimy o:

- określenie minimalnej wartości wypłacanej transzy;
- doprecyzowanie czy Zamawiający jest w stanie określić przybliżony harmonogram wypłat poszczególnych transz, określający ich wysokość oraz termin wypłaty;
- potwierdzenie, że uruchomienie transzy nastąpi w terminie 3 dni roboczych liczonych od dnia doręczenia wniosku o wypłatę transzy Wykonawcy.

#### Odpowiedź

**Kredyt / pożyczka zostanie uruchomiony 1 transzą po spełnieniu warunków umowy.**

M.K.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

**Pytanie nr 4**

Czy Zamawiający potwierdza, że ewentualna wcześniejsza spłata pożyczki nastąpiła w dacie płatności rat?

**Odpowiedź**

Tak.

**Pytanie nr 5**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, aby numer rachunku wskazany w umowie, na który Szpital będzie dokonywał płatności dotyczył tylko spłaty transzy nr 1? Numery rachunków bankowych do spłat kolejnych transz zostaną przekazane Zamawiającemu odrębnym pismem.

**Odpowiedź**

Szpital wypłaci środki 1 transzą.

**Pytanie nr 6**

Czy Zamawiający dopuszcza zmianę terminu płatności rat na ostatni dzień kalendarzowy poszczególnych miesięcy? W przypadku pozytywnej odpowiedzi, prosimy o potwierdzenie, że spłata kapitału i odsetek następować będzie w ostatnim dniu miesiąca i tak też należy przyjąć dla celów ofertowych oraz przygotowania harmonogramu spłat.

**Odpowiedź**

Tak.

**Pytanie nr 7**

W razie negatywnej odpowiedzi na powyższe pytanie, prosimy o sprecyzowanie czy odsetki mają być naliczane miesięcznie (za cały miesiąc kalendarzowy) a tylko płatne ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca.

**Odpowiedź**

Nie dotyczy.

**Pytanie nr 8**

Prosimy o potwierdzenie, że maksymalna wartość odsetek tj. 12,50% dotyczy tylko i wyłącznie oprocentowania deklarowanego na dzień składania ofert i nie będzie miało wpływu na wysokość oprocentowania obowiązującego w trakcie trwania umowy. Wykonawca wskazuje, że oprocentowanie zmienne może być zarówno niższe lub wyższe niż wartość wskazana przez Zamawiającego, na co Wykonawca nie ma żadnego wpływu, ponieważ jest ono zależne od sytuacji aktualnie panującej na rynku finansowym.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

**Odpowiedź**

**Tak. GCZD będzie pokrywał odsetki wg formuły = WIBOR 1M + Marża.**

**Pytanie nr 9**

Prosimy o potwierdzenie, że umowa kredytu lub pożyczki wraz z załącznikami zostanie podpisana przez Zamawiającego w siedzibie Zamawiającego, a przez Wykonawcę w siedzibie Wykonawcy? Przedstawiona procedura podpisywania dokumentów jest standardem przyjętym przez instytucje na rynku, ponieważ zmierza do uproszczenia procedur i nie zakłóca funkcjonowania działalności stron umowy.

**Odpowiedź**

**Tak.**

**Pytanie nr 10**

Czy Zamawiający potwierdza, że dostarczenie Wykonawcy dokumentów stanowiących zabezpieczenie pożyczki/kredytu będzie warunkiem wypłaty środków?

**Odpowiedź**

**Tak.**

**Pytanie nr 11**

Prosimy o potwierdzenie, że oświadczenie o poddaniu się egzekucji w trybie art. 777 również stanowić będzie 150% wartości udzielonego finansowania wraz z odsetkami.

**Odpowiedź**

**Tak.**

**Pytanie nr 12**

Prosimy o potwierdzenie, iż kontakt z NFZ jest wolny od obciążeń bądź o wskazanie wysokości zabezpieczeń na danym kontrakcie.

**Odpowiedź**

**Szczegółowa struktura zobowiązań, które są zabezpieczone kontraktem, zostanie przedstawiona Oferentowi, z którym GCZD podpisze umowę.**

**Pytanie nr 13**

Prosimy o potwierdzenie, że w przypadku składania oferty w wersji elektronicznej (opatrzonej podpisem kwalifikowanym) wymóg opieczetowania formularza ofertowego pieczętkami firmowymi i imiennymi oraz konieczność parafowania każdej ze stron, nie obowiązuje.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

**Odpowiedź**

**Tak.**

**Pytanie nr 14**

Prosimy o potwierdzenie, że zawarcie umowy wraz z zabezpieczeniami nastąpi na wzorach Wykonawcy. Jednocześnie prosimy o potwierdzenie, iż wzory dokumentów należy dołączyć do oferty.

**Odpowiedź**

**Tak, pod warunkiem, że wzór umowy spełni warunki SWKO.**

**Pytanie nr 15**

Dla celów porównywalności ofert, prosimy o wskazanie:

- a. hipotetycznej daty uruchomienia środków, którą oferenci mają przyjąć do oferty w celu zapewnienia porównywalności, np. wypłata w wysokości 6 mln zł w dniu 31.08.2023 r.
- b. potwierdzenia, że datą, z której należy przyjąć stawkę WIBOR 1M jest dzień 25.08.2023 r. (w zapytaniu ofertowym Zamawiający użył określenia „od”, które to można również zinterpretować jako sugerowanie stawki z kolejnego dnia roboczego następującego po dniu 25.08 tj. dzień 28.08. Natomiast stawka WIBOR z dnia 28.08 będzie znana dopiero w dniu składania oferty, co może spowodować trudności w przygotowaniu prawidłowej kalkulacji).

**Odpowiedź**

- a. dla celów przygotowania oferty prosimy o założenie, że wypłata nastąpi w 1 transzy na dzień 15.10.2023 r.
- b. prosimy o zastosowanie WIBOR 1M obowiązującego na 10.09.2023 r.

**Pytanie nr 16**

Prosimy o udostępnienie struktury należności i zobowiązań przeterminowanych (stan najbardziej aktualny) – wg podziału do 30 dni, 30-90 dni, 90-180 dni, 180-270 dni, 270-360 dni, powyżej 360 dni.

**Odpowiedź**

**Dokument opublikowany.**



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

**Pytanie nr 17**

Prosimy o przedstawienie informacji o posiadanych zobowiązaniach finansowych (kredyt/pożyczka/leasing/produkty restrukturyzacyjne/inne) z uwzględnieniem informacji wskazanych w poniższej tabeli: (wg stanu najbardziej aktualnego).

<b>Zestawienie posiadanych zobowiązań kredyt/pożyczka/leasing z uwzględnieniem:</b>							
L. P.	Rodzaj produktu (kredyt, pożyczka, leasing/produkty restrukturyzacyjne/inne)	Podmiot udzielający finansowania	Kwota udzielonego finansowania	Kwota pozostała do spłaty	Okres pozostały do spłaty	Wysokość miesięcznej raty kapitałowej	Zabezpieczenie
1.							
2.							
3.							

**Odpowiedź**  
Dokument opublikowany.

**Pytanie nr 18**

Prosimy o informację czy wobec Zamawiającego toczą się aktualnie sprawy sądowe oraz postępowania egzekucyjne? W razie udzielenia odpowiedzi pozytywnej, prosimy o informacje nt. spraw sądowych i postępowań egzekucyjnych.

**Odpowiedź**  
Szczegółowy wykaz toczących się spraw sądowych GCZD przedstawi Oferentowi, z którym GCZD podpisze umowę.

**Pytanie nr 19**

Prosimy o udostępnienie planu inwestycyjnego na rok 2023

**Odpowiedź**  
Dokument opublikowany.



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

**Pytanie nr 20**

Prosimy o udostępnienie planu finansowego na rok 2023

**Odpowiedź**

**Dokument opublikowany.**

**Pytanie nr 21**

Zgodnie z art. 33 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. („Ustawa AML”), instytucja finansowa jest zobowiązana do stosowania wobec swoich klientów środków bezpieczeństwa finansowego, do których należy identyfikacja i weryfikacja klienta oraz jego beneficjenta rzeczywistego, a także zapewnienie, że posiadane dokumenty, dane lub informacje dotyczące stosunków gospodarczych są aktualne. Zgodnie z art. 46 Ustawy AML instytucja finansowa jest także zobowiązana do weryfikacji czy klient lub beneficjent rzeczywisty jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

W związku z powyższym obowiązkami zwracamy się z prośbą o wskazanie kto w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach jest beneficjentem rzeczywistym i czy osoba ta zajmuje eksponowane stanowisko polityczne.

**Odpowiedź**

**Powyższe dane udostępniemy przy podpisaniu umowy.**

z upoważnienia  
**DYREKTORA**  
Główny Księgowy  
  
**Michał Kaczko**