GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA
DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II
SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL KLINICZNY NR 6
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

25 lat

L.dz./ZW/GKFK/AK/.101../26

2026 -03- 10

Katowice / ..... r.

Do Wszystkich Wykonawców
Konkursu z dnia 12.03.2026 r.

Dyrektor

mgr inż.
Marian Kreis

ul. Medyków 16
40-752 Katowice

SEKRETARIAT
tel.: (32) 207 15 10

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:

CERTYFIKAT 2024/S1

CERTYFIKACJA SYSTEMU JAKOŚCI DNV ISO 9001

Dotyczy: „Usługi polegającej na udzieleniu kredytu bankowego lub pożyczki w kwocie do 10.000.000,00 PLN, który zostanie przeznaczony na sfinansowanie zobowiązań bieżących w szczególności wydatków inwestycyjnych realizowanych w ramach UMOWY NR UM-KPOD.07.03-IP.10-0055/25/KPO/32/2025/506 dotyczących przedsięwzięcia pn. „Wdrożenie e-usług w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach".

Pytania z 17.03.2026 r.

1. Prosimy o potwierdzenie, że uruchomienie finansowania nastąpi na wniosek Zamawiającego, złożony na co najmniej 3 dni robocze poprzedzające dzień planowanej wypłaty środków.
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

2. Prosimy o potwierdzenie, że ewentualna przedterminowa spłata finansowania nastąpi w terminie najbliższej raty przypadającej po upływie zadeklarowanych 14 dni roboczych przewidzianych na powiadomienie instytucji finansowej.
   Odpowiedź: Ewentualna przedterminowa spłata całości kapitału pozostałego do spłaty wraz z odsetkami do dnia zapłaty nastąpi po upływie 14 dni roboczych od powiadomienia Wykonawcy, czyli w 15 dniu roboczym

3. Prosimy o potwierdzenie, że maksymalna ustanowiona wysokość oprocentowania dotyczy tylko i wyłącznie oprocentowania deklarowanego na dzień składania ofert i nie będzie miała 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 (zmiany stawki WIBOR).
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

4. Prosimy o wskazanie, czy Zamawiający posiada układy ratalne z ZUS lub US? Jeśli tak to prosimy o szczegóły – jaka kwota została objęta układem, ile rat przewidziano i jaka jest ich miesięczna wysokość, do kiedy trwa układ.
   Odpowiedź: Szpital nie posiada układów ratalnych z ZUS i US

5. Prosimy o udostępnienie struktury należności i zobowiązań przeterminowanych (stan na 31/01/2026 lub nowsze) – wg podziału do 30 dni, 30-90 dni, 90-180 dni, 180-270 dni, 270-360 dni, powyżej 360 dni.
   Odpowiedź: Zestawienie na dzień 28.02.2026 r. według stanu w księgach na 17.03.2026 r. zostało opublikowane na stronie konkursu

6. W związku z określeniem okresu finansowania jako „do 60 miesięcy" prosimy o potwierdzenie, że Zamawiający oczekuje finansowania dokładnie w tym okresie tj. w okresie 60 miesięcy– nie mniej, nie więcej.
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy, że okres finansowania ma wynosić 60 miesięcy

M.K

7. Prosimy o potwierdzenie, że do celów obliczeniowych należy przyjąć:
   a. Jednorazowe uruchomienie środków w dniu 30 kwietnia 2026 r.
   b. Spłatę kapitału w 60 ratach, przy czym pierwsze 59 rat po 166.666,67 zł, a ostatnia rata (60) w kwocie 166.666,47 zł.
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

8. Prosimy o potwierdzenie, że harmonogram spłat należy przedstawić wraz z ofertą.
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

9. Prosimy o potwierdzenie, że umowa wchodzi w życie z chwilą złożenia podpisu przez ostatnią ze stron.
   Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

10. Prosimy o zmianę właściwości sądu rozstrzygającego spory na sąd właściwy dla siedziby Wykonawcy.
    Odpowiedź: Szpital nie wyraża zgody

11. Prosimy o 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: Spłata kapitału i odsetek będzie następowała w 60 ratach miesięcznych płatnych ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca począwszy od miesiąca następującego po miesiącu wypłaty środków. Odsetki mają być naliczone za okres faktycznego korzystania z kapitału, czyli na ostatni dzień roboczy miesiąca

12. 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: Odsetki mają być naliczone za okres faktycznego korzystania z kapitału, czyli na ostatni dzień roboczy miesiąca

13. Prosimy o potwierdzenie, że odsetki będą liczone od dnia uruchomienia finansowania tj. od dnia obciążenia rachunku bankowego Wykonawcy.
    Odpowiedź: Zgodnie z SWKO odsetki będą liczone od dnia, kiedy środki znajdą się na rachunku bankowym Szpitala

14. 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, potwierdzamy

15. Prosimy o potwierdzenie, że każde z przedstawionych zabezpieczeń zostanie ustanowione do kwoty stanowiącej 150% wartości udzielonego finansowania wraz z odsetkami.
    Odpowiedź: Notarialne poddanie się egzekucji do wysokości 150% wartości kredytu i odsetek oraz cesja z kontraktu NFZ do wysokości 150% wartości kredytu i odsetek

16. Prosimy o potwierdzenie, że kontrakt, który będzie stanowił zabezpieczenie dla niniejszego finansowania jest wolny od obciążeń. W razie udzielenia odpowiedzi negatywnej, prosimy o wskazanie zakresu jego obciążenia (nazwa zabezpieczonego podmiotu, tytuł oraz kwota zabezpieczenia oraz termin obowiązywania zabezpieczenia).
    Odpowiedź: Siemens Finance Sp. z o.o. 4 % poszczególnych płatności w 2026 r. tytułem udzielonych pożyczek.
    Velobank S.A. 5 % poszczególnych płatności w 2026 r. tytułem udzielonego kredytu.
    Termin obowiązywania aż do całkowitej spłaty zobowiązań zgodnie z Informacją o bieżącej sytuacji udostępnionej na stronie Konkursu

17. Prosimy o udostępnienie skanu kontraktu, który będzie stanowił zabezpieczenie niniejszej transakcji (umowa pierwotna) wraz z ostatnim aneksem regulującym jego wysokość.
Odpowiedź: Skan kontraktu zostanie udostępniony oferentowi, który złoży najkorzystniejszą ofertę

18. Prosimy o potwierdzenie, że w przypadku składania oferty w wersji elektronicznej (opatrzonej podpisem kwalifikowanym) wymóg opieczętowania formularza ofertowego pieczątkami firmowymi i imiennymi, nie obowiązuje.
Odpowiedź: W przypadku złożenia oferty w wersji elektronicznej nie ma obowiązku użycia pieczątki firmowej. Podpis kwalifikowany oraz podpis profilem zaufanym jest podpisem imiennym

19. Prosimy o potwierdzenie, że wraz ze wzorem umowy należy załączyć także wzory dokumentów dotyczących zabezpieczeń.
Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

20. Prosimy o potwierdzenie, że Zamawiający pokryje koszty ustanawianych zabezpieczeń.
Odpowiedź: Tak, potwierdzamy

21. Prosimy o potwierdzenie, że do celów obliczeniowych należy przyjąć WIBOR 1M w wysokości 3,90%.
Odpowiedź: Tak, WIBOR 1M z dnia 27.02.2026 r. w wysokości 3,90%

22. Prosimy o wskazanie kwoty wykonanych i nierozliczonych nadwykonań z NFZ z rozbiciem na poszczególne lata.
Odpowiedź: Wykonane i nierozliczone (niezafakturowane) nadwykonania za 2025 – 876 710,77 zł

23. Prosimy o skrócenie okresu związania ofertą do 30 dni.
Odpowiedź: Szpital nie wyraża zgody

z upoważnienia
DYREKTORA
Główny Księgowy
Michał Kaczko

ZASTĘPCA GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO
KIEROWNIK
Działu Finansowo-Księgowego
mgr Anna Kotusz