



Znak: EZ/1072/407/24

## ZAPROSZENIE

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej,

ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław,

KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384, tel. 71 306 41 01(13)

### ZAPRASZA DO SKŁADANIA OFERTY CENOWEJ

na podst. art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

#### 1. Opis przedmiotu zamówienia

1.1 Przedmiotem zamówienia jest dostawa odzieży ochronnej: czepki chirurgiczne, maski medyczne.

Kody CPV: 35113400-3

1.2 Zamawiający wymaga dołączenia do oferty asortymentowo-cenowej opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane parametry lub oświadczenia o ich posiadaniu i udostępnieniu ich na każde żądanie Zamawiającego (jeśli dotyczy)

1.3 Jako odrębny załącznik (nr 2), Zamawiający zamieścił projekt umowy, która określa warunki umowne realizacji przedmiotowego zamówienia. Przewidywany okres zawarcia umowy **12 miesięcy**.

#### 2. Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:

2.1 Wypełniony, podpisany i opieczętowany :

- a) formularz asortymentowo-cenowy -załącznik nr 1,
- b) formularz oferty -załącznik nr 3.

2.2 Wypełniony i zparafowany wzór umowy – załącznik nr 2,

2.3 Aktualny wpis do właściwego rejestru, uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym

2.4 Oświadczenie Wykonawcy, że oferowane materiały medyczne są dopuszczone w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych do obrotu i stosowania na terenie RP (jeśli dotyczy)

2.5 Dołączenie opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta potwierdzające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane w formularzu





# Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej

parametry lub oświadczenia o ich posiadaniu i udostępnieniu na każde wezwanie Zamawiającego (jeśli dotyczy)

**Uwaga!** W przypadku braku w w/w materiałach podanej nazwy producenta, Zamawiający dopuszcza jej potwierdzenie poprzez złożenie oświadczenia. Wskazana nazwa producenta w złożonym oświadczeniu powinna być tożsama z nazwą producenta wskazaną w „Formularzu asortymentowo-cenowym”.

### **3. Miejsce i termin złożenia oferty cenowej**

Ofertę cenową należy złożyć w terminie **do dnia 22.10.2024 r. do godziny 10:00** w formie:

a) pisemnej na adres:

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław. Ofertę należy umieścić w zaklejonej kopercie. Koperta powinna posiadać dopisek „zapytanie ofertowe- apteka szpitalna-EZ/1072/407/24”

lub

b) drogą elektroniczną na adres:

**[farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl)** z dopiskiem:

„zapytanie ofertowe- apteka szpitalna-EZ/1072/407/24”

### **4. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami**

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z pytaniami dotyczącymi treści Zaprośzenia wyłącznie pisemnie drogą elektroniczną na adres e – mail: **[farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl)** **nie później niż 2 dni robocze przed upływem terminu składania ofert.** Zamawiający udzieli odpowiedzi niezwłocznie z zastrzeżeniem dnia otwarcia ofert. W przypadku braku możliwości odpowiedzi Zamawiający przesunie termin otwarcia ofert, celem umożliwienia złożenia Wykonawcy poprawnej oferty. Informacje o przesunięciu terminu wraz z udzielonymi odpowiedziami Zamawiającego zostaną upublicznione na stronie internetowej Zamawiającego.

### **5. Kryterium**

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną.

Dokonując oceny oferty Zamawiający poprawia w ofercie oczywiste omyłki pisarskie, oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek, inne omyłki polegające na niezgodności oferty z dokumentami zamówienia, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty, niezwłocznie zawiadamiając o tym wykonawcę, którego oferta została poprawiona. Zamawiający wyznacza wykonawcy odpowiedni termin na wyrażenie zgody na poprawienie w ofercie omyłki lub zakwestionowanie jej poprawienia. Brak odpowiedzi w wyznaczonym terminie uznaje się za wyrażenie zgody na poprawienie omyłki.



**DOLNY  
ŚLĄSK**



## Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej

Dokonując czynności oceny oferty w zakresie kryterium ceny Zamawiający dla porównania tych ofert doliczy do ceny ofertowej podmiotów zagranicznych, kwotę należnego podatku VAT oraz cła (jeśli dotyczy – Wykonawcy spoza Unii Europejskiej), które obciążają Zamawiającego z tytułu realizacji umowy.

Ceny podawane w walucie innej niż PLN na potrzebę oceny ofert muszą zostać przeliczone przez Zamawiającego na PLN wg oficjalnego średniego kursu opublikowanego przez Narodowy Bank Polski z dnia poprzedzającego dzień złożenia oferty. Średnie kursy walut dostępne są pod następującym adresem internetowym: <http://www.nbp.pl/>

### **6. Termin związania z ofertą**

Wykonawca jest związany swoją ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

### **7. Informacje dotyczące unieważnienia postępowania oraz wyboru najkorzystniejszej oferty cenowej:**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyny. Od podjętej przez Zamawiającego decyzji dotyczącej rozstrzygnięcia nie przysługuje Oferentowi odwołanie.

Wszystkie pisma składane przez Wykonawców, mające charakter odwołania do rozstrzygnięcia, pozostaną bez rozpatrzenia.

Zamawiający zamieści na stronie internetowej w terminie 5 dni roboczych liczonych od upływu zatwierdzenia rozstrzygnięcia przez Dyрекcję Szpitala.

### **Załączniki do niniejszego Zaproszenia:**

1. Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 1
2. Wzór umowy - załącznik nr 2
3. Formularz oferty - załącznik nr 3

Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa

*lek. Artur Wierszko*  
specjalista chirurgii ogólnej  
specjalista chirurgii naczyniowej

Kierownik  
Sekcji Farmacji i  
mgr Sylwia Wozniak

**DOLNY  
ŚLĄSK**

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny  
im. T. Marciniaka –  
Centrum Medycyny Ratunkowej  
ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław  
e-mail: sekretariat@szpital-marciniak.wroclaw.pl  
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

## ZAŁĄCZNIK NR 1 FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Nazwa handlowa, nr katalogowy	PRODUCENT (Uwagi)	Grupa / Kategoria wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)	j.m.	Ilość zamówienia podstawowego **	Cena j. netto	VAT %	Kwota j. VAT	Cena j. brutto	wartość netto	kwota VAT	wartość brutto	
1	2	3	4	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
<b>ZADANIE 1</b>														
1	Czepek chirurgiczny damski na gumkę typu beret z przewiewnej włókniny, rozm. Uniwersalny, niejałowy Op. x 100szt.			35113400-3	op.	450	0,00	8%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>Razem:</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>ZADANIE 2</b>														
2	Czepek chirurgiczny męski wiązany z trokami z przewiewnej włókniny, niejałowy Op. x 100szt.			35113400-3	op.	300	0,00	8%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>Razem:</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>ZADANIE 3</b>														
1	Maska medyczna wykonana z min. trzech warstw włókna, gramatura min. 25g/m <sup>2</sup> , każda z warstw wykonana w 100% z polipropylenu, wyposażona w sztywnik zapewniający łatwe dopasowanie się maski do kształtu twarzy, na gumki. Skuteczność filtracji bakteryjnej minimum 98%. Maski typu II zgodnie z EN 14683. Pakowana w kartoniki z oznaczeniem typu, rodzaju maski i spełnianej normy. Produkt medyczny zgodny z normą EN:14683:2019.			35113400-3	szt.	200 000	0,00	8%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2	Maska medyczna wiązana na troki wykonane z trójwarstwowej włókniny, wiązana z tyłu na troki. W części środkowej zakładki (harmonijka) umożliwiające dopasowanie maski do kształtu twarzy (zakrycie nosa, ust i brody). W górnej krawędzi wzmocnienie umożliwiające dopasowanie maseczki do nosa zapewniające szczelność przylegania. Rozmiar wyrobu "na płasko" co najmniej 17,5 cm x 9 cm. Opakowanie jednostkowe (pudełko) powinno umożliwiać pojedyncze pobieranie wyrobu przez użytkowników. Wyrób medyczny zgodny z normą EN 14683:2019.			35113400-3	szt.	42 000	0,00	8%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>Razem:</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
											<b>Razem:</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## UWAGA !

**W CELU JEDNOZNACZNEJ IDENTYFIKACJI OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** Wykonawca w kolumnie nr 3 - "nazwa handlowa" **WPISUJE PEŁNĄ NAZWĘ HANDLOWĄ** zaofiarowanych wyrobów, odpowiadającą wyspecyfikowanemu przedmiotowi zamówienia w "Formularzu cenowym". Natomiast w kolumnie 4 "Producent (uwagi)" Wykonawca **WPISUJE NAZWE PRODUCENTA** zaofiarowanych w kolumnie 3 wyrobów.  
**Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i powinny być liczbą dodatnią, tj. liczbą większą od zera.**

\*\*Zamawiający dopuszcza opakowania o innej ilości sztuk w opakowaniu z odpowiednim przeliczeniem ilości opakowań.

Wówczas Wykonawca ilość opakowań należy przeliczyć i wpisać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku na ilość oferowaną i podać cenę opakowania jednostkowego. Z zastrzeżeniem, iż Wykonawca nie może zaofiarować takiej ilości opakowania, która spowoduje zaofiarowanie ilości opakowań jednostkowych (przeliczonej do 2 miejsc po przecinku) mniejszej niż 1 (0,01-0,99), gdyż Zamawiający musi mieć możliwość zakupu z zawartej umowy poprzetargowej przynajmniej 1 opakowania. Wykonawca w kolumnie nr 4 w uwagach wpisuje ilość sztuk w zaofiarowanym opakowaniu.

♣ W przypadku, kiedy dany wyrób nie posiada numeru katalogowego, Wykonawca winien w kolumnie nr 3 zamieścić stosowną uwagę, np. "numer katalogowy nie jest stosowany"

Kierownik  
 Sekcji Farmakoekonomiki  
 mgr Sylwia Budzik