

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY**  
**do 30.000 euro**

**Zamawiający :**

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
im.Papieża Jana Pawła II w Zamościu  
ul. Al.Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
tel. (84) 677 33 33  
fax ( 84) 638 66

**Zaprasza do złożenia oferty**  
**na dostawę narzędzi chirurgicznych wielorazowego użytku**

kod CPV : 33.16.22.00-5

**I. Określenie przedmiotu zamówienia .**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa narzędzi chirurgicznych w asortymencie i ilościach podanych w załączniku Nr 2 do niniejszego zaproszenia .

Warunki sterylizacji : para 134°C o 2 atmosferach .

Ofertę należy złożyć na wszystkie pozycje asortymentowe . Oferta , która nie będzie zawierała wszystkich pozycji asortymentowych ( 20 ) zostanie odrzucona .

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji zamówienia: do 4 tygodni** licząc od daty zawarcia umowy .

**III. Sposób sporządzenia oferty:**

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferta musi zawierać wypełniony „Formularz oferty wykonawcy„ (zgodny w treści z przedstawionym wzorem) oraz n/w dokumenty:
  - 2.1. „Formularz oferty cenowej„ - oferta cenowa musi być przygotowana w następujący sposób : : lp. asortyment ,ilość , cena jednostkowa netto ( bez podatku VAT ) , stawka podatku VAT , cena jednostkowa brutto ( cena jednostkowa netto powiększona o stawkę VAT ) , łączna cena netto pozycji – bez podatku VAT ( wynik mnożenia ceny jednostkowej bez podatku VAT przez ilość ) , łączna cena brutto pozycji – z podatkiem VAT ( łączna cena netto pozycji powiększona o VAT ) , producent .

Ceny muszą być wyrażone w złotych polskich zgodnie z obowiązującym systemem monetarnym ( zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku ) , łączna cena musi być wyrażona cyfrą i słownie .

Zamawiający informuje , że rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone tylko w złotych polskich .
  - 2.2. Szczegółową charakterystykę oferowanego przedmiotu zamówienia zawierającą minimum dane na temat wymaganych parametrów technicznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia z podaniem producenta, kraju pochodzenia oraz nazwy handlowej,
  - 2.3. Deklarację wytwórcy ( deklaracja zgodności CE ) o spełnieniu wymagań zasadniczych , certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .
  - 2.4. Parametry sterylizacji .
  - 2.5. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  - 2.6. Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile prawo do podpisania oferty nie wynika z innych dokumentów złożonych wraz z ofertą.

3. Każdy dokument składający się na ofertę musi być czytelny.

4. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę- zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. Jeżeli osoba podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to musi ono w swojej treści wyraźnie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Dokument pełnomocnictwa musi zostać złożony jako część oferty.

5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim.

6. Zaleca się, aby:

6.1. strony oferty były kolejno ponumerowane,

6.2. formularz cenowy nie był sporządzony odrębnie.

7. Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie, uniemożliwiającej odczytanie jej zawartości bez uszkodzenia. Koperta winna być oznaczona nazwą i adresem Wykonawcy, zaadresowana:

**Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu  
ul. Al. Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość**

i opisana: Oferta na dostawę narzędzi chirurgicznych . Nie otwierać przed **20.08.2014 do godz 13.00**

8. Przed upływem terminu składania ofert Wykonawca może wprowadzić zmiany do złożonej oferty lub ją wycofać. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty winny być doręczone Zamawiającemu na piśmie pod rygorem nieważności przed upływem terminu składania ofert.

**IV. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Wykonawca składa ofertę w siedzibie Zamawiającego w pok. 248 (Kancelaria Szpitala), w terminie do dnia **20.08.2014 do godz. 12.00.**

2. Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy.

**V. Udzielanie wyjaśnień dotyczących zaproszenia do złożenia ofert.**

1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z prośbą o wyjaśnienie treści zaproszenia do złożenia ofert. Zamawiający niezwłocznie zamieści odpowiedź na swojej stronie internetowej (w zakładce do 30.000 euro).

2. Pytania należy kierować na adres:

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu  
ul. Al. Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
Fax (84)638 66 69

3. Do kontaktowania się z Wykonawcami Zamawiający wyznacza n/w osoby:

- w sprawach merytorycznych: mgr Teresa Dziuba tel. 84 677 35 35

- w sprawach formalnych - mgr inż. Maria Rewa-Chowaniak tel. 84 677 32 80

**VI. Miejsce i termin otwarcia ofert.**

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 212, w dniu **20.08.2014 o godz. 13.00**

2. Otwarcie ofert jest jawne.

3. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

4. W trakcie otwarcia ofert Zamawiający odczyta nazwę i adres Wykonawcy oraz informacje dotyczące ceny oferty.

**VII. Kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej**

1. Poniżej podajemy kryterium wyboru ofert:

Cena – 100 %

W kryterium ceny ilość punktów będzie liczona wg poniższego wzoru:

$$\text{Ilość punktów oferty ocenianej} = \frac{\text{najniższa cena oferty brutto}}{\text{cena brutto oferty ocenianej}} \times 100$$

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma największą ilość punktów za kryterium cena.
3. W przypadku wpłynięcia jednej oferty niepodlegającej odrzuceniu Zamawiający nie będzie dokonywał oceny punktowej.
4. Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone dwie lub więcej ofert o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w wyznaczonym terminie ofert dodatkowych.

#### **VIII. Udzielenie zamówienia**

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
2. Wynik rozstrzygnięcia postępowania zostanie umieszczony na stronie internetowej Zamawiającego.
3. Informacja będzie zawierać nazwę i adres Wykonawcy oraz cenę brutto oferty najkorzystniejszej .
4. Po wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający wyśle do Wykonawcy umowę w celu jej podpisania.
5. Wykonawca, który złożył ofertę najkorzystniejszą będzie zobowiązany do podpisania umowy wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego i na określonych w niej warunkach .

#### **IX. Unieważnienie postępowania.**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do niedokonania wyboru żadnej oferty bez podania przyczyny.

*Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Szpitala  
Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II  
w Zamościu  
(-) lek.med. Andrzej Mielcarek*

## OFERTA WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy :

Nazwa : .....  
Siedziba ( dokładny adres ) : .....  
.....  
Numer telefonu : .....  
Numer faxu : .....  
Numer NIP : .....

### Dane dotyczące Zamawiającego :

Nazwa : Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła II  
Adres : ul. Aleje Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
Numer telefonu : (84) 677 33 33  
Numer faxu : (84) 638 66 69  
Numer NIP : 922-22-92-49

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty ( numer sprawy : AG-Z.2150-6/ 1 /2014 ) na dostawę narzędzi chirurgicznych wielorazowego użytku oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
  - a) netto : .....zł ( słownie : .....złotych )
  - b) stawka podatku VAT : ..... %
  - c) brutto : .....zł  
( słownie : .....złotych ) .
2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń .
3. Oświadczam, że dostarczę przedmiot zamówienia w terminie .....tygodni licząc od daty zawarcia umowy ( maksymalny wymagany przez Zamawiającego – do **4 tygodni**).
4. Oświadczam , że oferowane narzędzia mogą być sterylizowane przy parametrach podanych w **I części zaproszenia** .
5. Oferuję termin płatności .....dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT ( minimalny wymagany przez Zamawiającego – **60 dni**).
6. Oświadczam , że na oferowane części udzielię ....m-cy gwarancji (min. wymagany przez Zamawiającego-**36 m-cy**).
7. Oświadczam , że podczas trwania gwarancji zapewnię normalną , zgodną z wymaganiami technicznymi pracę dostarczonych narzędzi .
8. Zobowiązuję się do wymiany na nowy przedmiot zamówienia poddany .... naprawom gwarancyjnym ( max 3 naprawy ) .
9. Zobowiązuję się , że po przekroczeniu czasu naprawy gwarancyjnej 7 dni roboczych , dostarczę na okres naprawy nowe narzędzie .
10. Oświadczam , że na terenie Polski znajduje się siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego , upoważnionego do wykonania działań serwisowych . Adres serwisu :  
.....  
.....  
.....  
tel. ....
11. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy .
12. Oświadczam , że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. i jest dopuszczony do używania na terenie Polski .

13. Załącznikami do niniejszego formularza oferty wykonawcy stanowiącymi jej integralną część są :
- a) oferta cenowa,
  - b) aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert,
  - c) pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika,
  - d) Deklaracja wytwórcy ( deklaracja zgodności CE ) o spełnieniu wymagań zasadniczych , certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .

.....dnia.....

.....  
( podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej \*)

*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

### OFERTA CENOWA

Lp.	Asortyment , nr katalogowy	Ilość w szt	Cena jedn netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Cena jedn brutto (w PLN)	Łączna cena netto (w PLN)	Łączna cena brutto (w PLN)	Producent
1	2	4	5	6	7	8	9	10
1.	Penseta chirurgiczna (12-16 cm) nr kat. .... ...	10						
2	Penseta anatomiczna (12-16 cm) nr kat. ....	10						
3	Penseta anatomiczna wąska (12-16 cm) nr kat. ....	5						
4	Imadło typu Hegara 16 cm nr.kat. ....	5						
5	Imadło typu Hegara 18 cm nr.kat. ....	5						
6	Kleszczyki Pean proste 12,5 cm Nr kat. ....	10						
7	Kleszczyki Pean proste 14,- cm Nr kat. ....	10						
8	Kleszczyki Pean proste 16,- cm Nr kat. ....	5						
9	Kleszczyki Pean zagięte 12,5 cm Nr kat. ....	10						
10	Kleszczyki Pean zagięte 14,- cm Nr kat. ....	10						
11	Kleszczyki Pean zagięte 16,- cm	5						

	Nr kat. ....							
13	Kocher prosty Nr kat. ....	10						
14	Kocher zagięty Nr kat. ....	10						
15	Spinak Backhaus Nr kat. ....	5						
16	Nożyczki Joseph pro- ste ostro-ostre 14 cm Nr kat. ....	3						
17	Nożyczki proste ostro-ostre 14-16 cm Nr kat. ....	5						
18	Nożyczki proste ostro-tepe 14-16 cm Nr kat. ....	5						
19	Nożyczki zagięte ostro-tepe 14-16 cm Nr kat. ....	5						
20	Hak Farabenf 12 cm Nr kat. ....	5						
<b>X</b>	<b>Razem</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>

Wartość brutto (słownie).....

.....  
( podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej \*)

\* niepotrzebne skreślić