Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej

Wrocław, 17.05.2023

Znak sprawy: 121447

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 04

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 wyrobów medycznych do embolizacji

KOD CPV: 33124210-0

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

1.3 Jako odrębny załącznik (nr 2), Zamawiający zamieścił projekt umowy, która określa warunki umowne realizacji przedmiotowego zamówienia. Przewidywany okres zawarcia umowy 1 miesiąc.

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 zaparafowany 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,

2.5 Dołączenie opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta potwierdzające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane w formularzu parametry lub oświadczenia o ich posiadaniu i udostępnieniu na każde wezwanie Zamawiającego.

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 24.05.2023 r do godziny 12:00** 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_121447"**

lub

b) drogą elektroniczną na adres: sekretariat@szpital-marciniak.wroclaw.pl **z dopiskiem:**

„oferta do zapytania ofertowego _121447"

4. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z pytaniami dotyczącymi treści Zaproszenia wyłącznie pisemnie drogą elektroniczną na adres e – mail : sekretariat@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.

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

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 zostaną 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 Dyrekcję 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. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych
mgr Tomasz Dymyt

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

Znak sprawy: 121447

Lp	Nazwa asortymentu	j.m	Grupa / Kategoria wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)	Ilość	Cena jednostkowa netto	VAT (%)	Kwota jednostkowa VAT	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Kwota VAT	Wartość brutto	Nazwa handlowa	Nr katalogowy	Producent
1.	Stent do remodelingu (trombektom), * kompatybilny z pompą firmy Medtronic Riptide Aspiration Pump MAP-1000EU	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
2.	Mikroprowadnik do zabiegów neuroradiologicznych (system dostawczy trombektomu); * kompatybilny z pompą firmy Medtronic Riptide Aspiration Pump MAP-1000EU	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
3.	Mikroprowadnik do zabiegów neuroradiologicznych przy użyciu spiral embolizacyjnych odczepianych mechanicznie (system dostawczy do implantu).	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
4.	Cewnik aspiracyjny do mechanicznej trombektomii naczyń mózgowych; * kompatybilny z pompą firmy Medtronic Riptide Aspiration Pump MAP-1000EU	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
5.	Kanister do pompy aspiracyjnej; * kompatybilny z pompą firmy Medtronic Riptide Aspiration Pump MAP-1000EU	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
6.	Rurki łączące cewnik aspiracyjny z pompą oraz kanistrem aspiracyjnym; * kompatybilny z pompą firmy Medtronic Riptide Aspiration Pump MAP-1000EU	szt.	33124210-0	15		8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
										RAZEM	0,00 zł			