

# ZAPROSZENIE

Wrocław dnia 02.05.2018 r.

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. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

### 1. Opis przedmiotu zamówienia

- 1) Przedmiotem zamówienia jest dostawa rękawów foliowo-papierowych, których parametry szczegółowo opisano w formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do zaproszenia. (CPV 33198000-4).
- 2) Zamawiający wymaga dołączenia do oferty asortymentowo-cenowej opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane parametry.
- 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:

- 1) Wypełniony, podpisany i opieczętowany :
    - a/ formularz asortymentowo-cenowy -załącznik nr 1,
    - b/ formularz oferty -załącznik nr 3,
  - 2) Wypełniony i zaparafowany wzór umowy – załącznik nr 2,
  - 3) Aktualny wpis do właściwego rejestru, uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym (potwierdzony za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę),
  - 4) Oświadczenie Wykonawcy, że oferowane wyroby medyczne są dopuszczone w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych do obrotu i stosowania na terenie RP,
  - 5) Dołączenie opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta potwierdzające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane w formularzu parametry.
- 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 10.05.2018r do godziny 13:00** w formie:

- 1) 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”**.

**lub**

- 2) drogą elektroniczną na adres :[apтека@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:apтека@szpital-marciniak.wroclaw.pl)

### 4. Kryterium

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną.

### 5. Termin związania z ofertą

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

**6. Informacje o wyborze najkorzystniejszej oferty cenowej** 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

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY															
Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	nazwa handlowa, numer katalogowy <sup>a</sup>	j.m.	ilość w op. j.	ilość op. j.	zaof. ilość w op. j.	zaof. ilość op. j. <sup>b</sup>	cena j. netto	VAT %	kwota j. VAT	cena j. brutto	wartość netto	kwota VAT	wartość brutto	producent (uwagi)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
x	x	x	x	x	x	x	((8x9)/7)	x	x	(9x10)	(9+11)	(8x9)	(8x11)	(8x12)	x
<b>Rękawy foliowo-papierowe do sterylizacji parowej</b>															
1	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 380mm (+10mm)		mb	200	9										
2	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 300mm (+10mm)		mb	200	14										
3	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 250mm (+10mm)		mb	200	19										
4	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 200mm (+10mm)		mb	200	28										
5	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 150mm (+10mm)		mb	200	20										
6	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 120mm (+10mm)		mb	200	44										
7	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 100mm (+10mm)		mb	200	42										
8	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 75mm (+10mm)		mb	200	32										
9	Rękaw foliowo-papierowy płaski S, F 50mm (+10mm)		mb	200	8										
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Razem zł				x

## Wymagane parametry techniczno-eksploatacyjne:

- 1) Rękaw zgodny z normami: PN EN 868-3 i PN EN 868-5
- 2) Nadruki poza obszarem pakowania, nawinięty na trzpień (folia na zewnątrz)
- 3) Oznaczenia (rozmiar, kierunek otwierania, test parowy, od strony folii)
- 4) Wymagana charakterystyka w języku polskim wydana przez producenta w celu potwierdzenia i oceny parametrów wytrzymałościowych oraz zgodności z normami
- 5) Zgrzew w temperaturze od 150°C do 190°C
- 6) Wszystkie pozycje muszą pochodzić od jednego producenta ze względu na wymagania procedury zgrzewania.

<sup>a</sup> W przypadku, kiedy dany wyrób nie posiada numeru katalogowego, Wykonawca winien w kolumnie nr 16, po nazwie producenta, zamieścić stosowną uwagę, np. "numer katalogowy nie jest stosowany"

Wartość brutto cyfrą zł: .....

Wartość brutto słownie zł: .....

W cenie dostawy uwzględniono koszty transportu do Zamawiającego oraz koszty rozładunku u Zamawiającego.

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

HALINA DROGOSZ-DZALIK  
DZIAŁ KONTROLI  
I KONTROLI  
CEN

Halina Drogosz-Dzalik

Sporządziła: Halina Drogosz-Dzalik

Halina Drogosz-Dzalik

zawarta w dniu ..... we Wrocławiu pomiędzy:

DoInośląskim Szpitalem Specjalistycznym im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej  
ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław

zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384,

który reprezentuje:

1) .....

2) .....

- zwanym dalej „Zamawiającym”

a

.....

.....

.....

który reprezentuje:

1) .....

2) .....

- zwanym dalej „Wykonawcą”

### § 1.

#### *Przedmiot umowy*

1. Niniejsza umowa dotyczy dostawy wyrobów medycznych do sterylizacji – zwanych dalej produktami, określonych szczegółowo w załączniku nr 1 do umowy wraz z ich dostarczeniem do siedziby Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązuje się przenieść na Zamawiającego własność produktów i wydać mu produkty, a Zamawiający zobowiązuje się produkty odebrać i zapłacić wykonawcy cenę.

### § 2.

#### *Warunki dostawy*

1. Realizacja dostaw produktów, o których mowa w § 1 umowy, następować będzie na podstawie częściowych zamówień składanych przez Zamawiającego w ilości oraz w cenach jednostkowych zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy.
2. Zamówione w formie pisemnej produkty, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Wykonawca zobowiązuje się dostarczać do siedziby Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Zamawiającego środkiem transportu we własnym zakresie i na własny koszt w terminie nie dłuższym niż 3 dni od dnia otrzymania każdorazowego zamówienia na adres e-mail Wykonawcy .....
3. Strony uznają e-mail za obowiązujący dokument zamówienia produktów (skan podpisanego dokumentu zamówienia).
4. Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć każdą dostawę produktów i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność aż do momentu odebrania produktów przez Zamawiającego. Wykonawca odpowiedzialny jest za wybór środka transportu, jak i za właściwe (odpowiednie) opakowanie produktów.

### § 3.

#### *Zobowiązania Wykonawcy*

1. Wykonawca wykonuje przedmiot umowy własnymi siłami. Powierzenie wykonania części przedmiotu umowy podwykonawcom wymaga uprzedniej pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody Zamawiającego. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania podwykonawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
2. Wykonawca wykona przedmiot umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz normami polskimi zharmonizowanymi z normami europejskimi.
3. Wykonawca zobowiązuje się przedłożyć, na każde pisemne żądanie Zamawiającego, w terminie wyznaczonym w żądaniu, dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie Polski wyroby wykazane w załączniku nr 1 do umowy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211 ).
4. Wykonawca nie będzie wnosił roszczeń do Zamawiającego w przypadku ograniczenia przez Zamawiającego pełnej ilości przedmiotu umowy

### § 4.

#### *Warunki zakupu zastępczego*

1. W przypadku opóźnienia Wykonawcy w dostawie produktów we wskazanym przez Zamawiającego zgodnie z umową terminie, Zamawiający będzie uprawniony do zrealizowania zamówienia u innego dostawcy z uwzględnieniem możliwości zakupu produktów równoważnych (tzw. nabycie zastępcze). Zamawiający powiadomi pisemnie Wykonawcę o takim zakupie, co oznaczać będzie anulowanie złożonego wcześniej zamówienia.

## § 11.

### *Osoby odpowiedzialne za realizację umowy po stronie Zamawiającego*

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Zamawiającego: Kierownik Apteki Szpitalnej tel. 71 306 41 02.
2. Osoba odpowiedzialna za nadzór nad realizacją umowy po stronie Zamawiającego: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 71 306 44 19.

## § 12.

### *Zmiana postanowień umowy*

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnego aneksu, podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

## § 13.

### *Odstąpienia od umowy*

1. Zamawiający może odstąpić od umowy, jeżeli:
  - 1) Wykonawca nie dotrzymuje terminów określonych w niniejszej umowie;
  - 2) Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi;
  - 3) Wykonawca nie wykonuje w ustalonym terminie zobowiązań określonych w § 10 umowy;
  - 4) Wykonawca dostarcza Zamawiającemu przedmiot umowy, którego parametry techniczne i jakościowe nie odpowiadają Zamawiającemu,
2. W sytuacji, w której Zamawiający dowiedział się o okolicznościach uzasadniających odstąpienie od umowy, wskazanych w ust. 1 powyżej, Zamawiający wezwie Wykonawcę do zaprzestania naruszeń, wyznaczając mu przy tym termin do usunięcia naruszeń.
3. Po bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 2, Zamawiający będzie uprawniony do odstąpienia od umowy w terminie 40 dni od dnia, w którym Zamawiający dowiedział się o okolicznościach wskazanych w ust. 1 powyżej, uzasadniających odstąpienie. Oświadczenie o odstąpieniu sporządzone zostanie w formie pisemnej i dostarczone niezwłocznie Wykonawcy.

## § 14.

### *Kary umowne*

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu następujące kary umowne:
  - 1) w wysokości 2% wartości brutto niezrealizowanej w terminie dostawy produktów (wartość wskazana w załączniku nr 1 do umowy) za każdy dzień opóźnienia w dostawie, począwszy od dnia następującego po upływie terminu określonego w § 2 ust. 2 do dnia zrealizowania dostawy;
  - 2) w wysokości 3% wartości brutto produktów, którego dotyczy reklamacja, za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu zobowiązań wynikających z odpowiedzialności z tytułu gwarancji i rękojmi;
  - 3) w wysokości 2% wartości brutto umowy, wskazanej w § 7 ust. 1 umowy, za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu zobowiązań wynikających z § 3 ust. 3 umowy, począwszy od dnia następującego po upływie terminu do wykonania zobowiązania do dnia wykonania zobowiązania;
  - 4) w wysokości 10% niezrealizowanej wartości brutto umowy, wskazanej w § 7 ust. 1 umowy, jeżeli Zamawiający odstąpi od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy;
  - 5) w wysokości 10% wartości brutto umowy, wskazanej w § 7 ust. 1 umowy, jeżeli Wykonawca naruszy zapisy § 9 umowy.
2. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, Zamawiający przysługuje prawo do dochodzenia od Wykonawcy odszkodowania przewyższającego wysokość naliczonej kary umownej.
3. Wykonawca wyraża zgodę na potrącanie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.
4. Brak szkody nie wyłącza uprawnienia Zamawiającego do naliczenia kary umownej.

## § 15.

### *Oświadczenie dotyczące zobowiązania do zachowania w tajemnicy informacji o funkcjonowaniu Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej*

1. Wykonawca oświadcza, że zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy i nie ujawniania osobom trzecim, w czasie trwania umowy oraz po jej rozwiązaniu, wszelkich informacji związanych ze świadczeniem przedmiotu umowy na podstawie niniejszej umowy oraz pozyskanych tą drogą informacji o funkcjonowaniu Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).  
Wykonawca zobowiązuje się również do przestrzegania zapisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ).
2. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że znana jest mu odpowiedzialność karna wynikająca z ww. ustaw.

## § 16.

### *Kwestie sporne*

Spory mogące wynikać w związku z realizacją umowy strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie na drodze negocjacji. W razie braku porozumienia, tj. sytuacji gdy w terminie 30 dni od dnia podjęcia negocjacji strony nie osiągnęły porozumienia – spory rozstrzygał będzie sąd właściwy dla miejsca siedziby Zamawiającego.

## FORMULARZ OFERTY

....., dnia.....

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Numer telefonu Firmy :.....Numer Faksu Firmy.....

Adres (kontaktowy) poczty elektronicznej:.....

Strona internetowa: .....

Numer NIP ..... Numer REGON.....

Bank i numer konta .....

Osoba do kontaktu z Zamawiającym, nr telefonu: .....

### OFERTA

Nawiązując do ogłoszenia z dnia ..... na :

.....  
.....

Znak sprawy: EZ/253/317/18

składam ofertę :

Wartość całej oferty brutto zł : .....

Słownie zł : .....

.....

Jednocześnie oświadczamy, że :

- 1) wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie 60 dni licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w wersji papierowej,
- 2) Okres stałości cen netto -cały okres obowiązywania umowy,
- 3) Akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się , w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia i podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 4) Na oferowany towar udzielona zostaje gwarancja na okres minimum 12 miesięcy.
- 5) Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu.

Ofertę niniejszą składamy na .....kolejno ponumerowanych stronach,

Oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert ( art. 297 ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami).

Załącznikami do niniejszej oferty są:

(1).....

(2).....

.....  
(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Z-ca Kierownika Apteki Szpitali  
  
mgr farm. Halina Drogosz-Działik

p.o. Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
  
mgr med. Tomasz Tomkalski