



## 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 wyposażenia pododdziału chirurgii onkologicznej  
Kody CPV: 33141127-6, 33140000-3, 33141121-4.
- 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 od 2 do 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 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 12.02.2024 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/135/411-09/24 (138212)”**

**lub**

b) drogą elektroniczną na adres: [farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:farmakoekonomika@szpital-marciniak.wroclaw.pl) z dopiskiem:

**„zapytanie ofertowe - apteka szpitalna - EZ/135/411-09/24 (138212)”**

### **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: [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







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

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.

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

Dyrektor

mgr inż. Katarzyna Kopuscińska



**DOLNY  
ŚLĄSK**







4	Zestaw zawierający miejscowy, wchłaniany środek hemostatyczny z oczyszczonej żelatyny wieprzowej, w formie płynnej, wstępnie zmieszanej matrycy i roztwór trombiny zawierający 2000 IU sterylnej, liofilizowanej ludzkiej trombiny oraz strzykawkę bez igły z 2 ml sterylnej wody do wstrzyknięć i kaniule z możliwością docięcia lub z pamięcią kształtu. Zestaw przeznaczony do tamowania krwawienia. Czas wchłaniania 4-6 tygodni. Objętość matrycy żelatynowej ma 7 ml, zaś łączna objętość produktu końcowego po zmieszaniu z 2ml ludzkiej trombiny wynosi 8 ml.	33141127-6	op.	1	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
5	Wchłaniany jałowy hemostatyczny powierzchniowy ze 100% regenerowanej, oksydowanej celulozy (pochodzenia roślinnego) w formie proszku o działaniu bakteriobójczym udokumentowanym badaniem przedklinicznym in vitro, które dostarczone jako dowód -poprzez niskie pH 2,5-3,5 w kontakcie z krwią po 24 h -eliminują na poziomie 99,9% szczepy bakterii: MRSA, MRSE, PRSP, VRE, Pseudomonas aeruginosa. Zawartość grupy karboksylowej 18-21%. Okres wchłaniania 7-14 dni. Objętość gotowego hemostatyku 3g. Opakowanie zawiera 5 sztuk	33141127-6	op.	1	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
6	Aplikator endoskopowy do wchłanianego hemostatyku w formie proszku	33140000-3	op.	1	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
									RAZEM	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	

#### ZADANIE 3 - CZAS ZABEZPIECZENIA 2 MIESIĄCE

	Jednorazowy ochraniacz rany/retraktor, rozm. 120/130/150 mm (1 op. x 5 szt.)	33140000-3	op.	2	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
									RAZEM	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	

#### ZADANIE 4 - CZAS ZABEZPIECZENIA 2 MIESIĄCE

Antybakteryjny szew chirurgiczny, syntetyczny jednowłóknowy, wchłaniany wykonany z polidoksanonu, z dodatkiem antyseptyku (triklosanu), który posiada potwierdzone testami in-vitro działanie hamujące wzrost drobnoustrojów chorobotwórczych najczęściej wywołujących infekcje pooperacyjne: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Metycylinooporny Staphylococcus aureus (MRSA), Metycylinooporny Staphylococcus epidermidis (MRSE), Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae. Okres podtrzymywania tkankowego do 90 dni. Okres wchłaniania 182 - 238 dni.

1	1/2 koła igła okrągła typu TAPER POINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 2/0 Rozmiar igły: 26 mm Długość nici + kolor: 70 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
2	1/2 koła igła okrągła typu TAPER POINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 3/0 Rozmiar igły: 26 mm Długość nici + kolor: 70 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
3	1/2 koła igła okrągła, rozwarstwiająca typu TAPER POINT PLUS Grubość nici: 4/0 Rozmiar igły: 20 mm Długość nici + kolor: 70 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
4	3/8 koła igła okrągła, podwójna, czarna VISI-BLACK typu TAPER POINT Grubość nici: 5/0 Rozmiar igły: 2 x 17 mm Długość nici + kolor: 70 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
5	1/2 koła, igła okrągła, rozwarstwiająca podwójna typu TAPER POINT PLUS Grubość nici: 5/0 Rozmiar igły: 2 x 17 mm Długość nici + kolor: 70 cm/ fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		

6	1/2 koła, okrągła stożkowa typu TAPERPOINT, wzmocniona Grubość nici: 0 Rozmiar igły: 26 mm Długość nici: 90 cm	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
7	1/2 koła igła okrągła, wzmocniona typu TAPER POINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 1 Rozmiar igły: 48 mm Długość nici + kolor: 150 cm/pętla/fioletowy	33141121-4	szt.	24	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
8	1/2 koła igła okrągła, wzmocniona typu TAPER POINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 2/0 Rozmiar igły: 40 mm Długość + kolor: 90 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	36	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
									<b>RAZEM</b>	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	

#### ZADANIE 5 - CZAS ZABEZPIECZENIA 2 MIESIĄCE

Bezwęzłowe urządzenie do kontrolowanego zamykania ran z igłą na jednym końcu i z regulowaną pętlą mocującą na drugim. Syntetyczny wchłanialny szew ze spiralnie ułożonymi kotwicami, wykonany z polidoksanonu. Barwiony na fioletowo. Posiada antyseptyczny czynnik antybakteryjny - triklosan, posiadający potwierdzone testami in-vitro działanie hamujące wzrost drobnoustrojów chorobotwórczych, najczęściej wywołujących infekcje pooperacyjne: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Metacylicinoporny Staphylococcus aureus (MRSA), Metacylicinoporny Staphylococcus epidermidis (MRSE), Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae.

Podtrzymywanie tkankowe in vivo: 4/0 i mniejsze - 67% po 2 tyg., 50% po 4 tyg., 37% po 6 tyg.; 3/0 i większe - 80% po 2 tyg., 80% po 4 tyg., 40% po 6 tyg. Okres wchłaniania: 210 dni.

1	1/2 koła, igła okrągła typu TAPER POINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 3/0 Rozmiar igły: 26 mm Długość + kolor: 15 cm/fioletowy	33141121-4	szt.	24	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
2	1/2 koła, okrągła stożkowa typu TAPERPOINT posiada wzdłużne rowkowanie w części imadłowej Grubość nici: 3/0 Rozmiar igły: 22 mm Długość: 23cm	33141121-4	szt.	24	0,00 zł	8%	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł		
									<b>RAZEM</b>	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	