



# Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 4, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Wadowice, 05.03.2019r.

Znak: ZZOZ/ZP/17/2019

## ZAPYTANIE OFERTOWE

W związku z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.) niniejsze postępowanie nie podlega przepisom wyżej wymienionej ustawy.

### **I Przedmiot zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa akcesoriów i odczynników różnych dla ZZOZ w Wadowicach, znak: 7/RC/ZP/ZZOZ/2019.

### **II Osoby upoważnione do kontaktu:**

1. mgr Renata Wolarek - Kierownik Centralnego Laboratorium tel. 33 87 21 223,
2. Klaudia Tomiczek - Dział Zamówień Publicznych tel./fax 33/82 322 30, od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00.

### **III. Informacje o sposobie porozumienia się Zamawiającego z Dostawcami.**

Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz wszelkie informacje Zamawiający i Dostawcy przekazują za pośrednictwem platformy zakupowej.

### **IV Miejsce i termin składania ofert:**

1. Ofertę należy złożyć za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/pn/zozwadowice>
2. Oferta powinna zostać sporządzona według formularza oferty, który stanowi **Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego** i przesłana w postaci „skanów” za pośrednictwem Platformy zakupowej, dostępnej na stronie internetowej <https://bip.malopolska.pl/zozwwadowicach1>, pod Zakładką Zamówienia poniżej 30 000 Euro, do dnia 12.03.2019 roku godz. 11:30.
3. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w **dniu 12.03.2019 r. godz. 12:00.**
4. Złożone oferty mogą zostać wycofane lub zmienione przed ostatecznym upływem terminu składania ofert.
5. Wniosek o wycofanie lub zmianę oferty powinien zostać złożony drogą elektroniczną za pośrednictwem Platformy zakupowej.
6. Oferty złożone po terminie nie będą podlegały ocenie i zostaną odrzucone.
7. Konsekwencje złożenia oferty niezgodne z w/w opisem ponosi Dostawca.
8. Termin zadawania pytań upływa w dniu: 08.03.2019r.
- 9.

### **V Opis warunków udziału w postępowaniu oraz sposób dokonywania oceny spełniania tych warunków:**

1. O zamówienia mogą ubiegać się Dostawcy, którzy:



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 4, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

- 1.1. posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie przy realizacji podobnych zamówień,
- 1.2. znajdują się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej prawidłowe i terminowe wykonanie zamówienia,
- 1.3. nie otwarto ich likwidacji, ani nie ogłoszono upadłości,
- 1.4. złożą ważną ofertę w terminie wyznaczonym do składania ofert.

### **VI. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze najkorzystniejszej oferty:**

Zamawiający podczas oceny ofert kierować się będzie kryterium:

#### **1. Cena brutto przedmiotu zamówienia 100 % wg wzoru:**

$$\text{Cena} = \frac{\text{Cena oferty najniższa}}{\text{Cena ocenianej oferty}} \times 100 \times 100 \%$$

Ofertą najkorzystniejszą będzie oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów.

Ocena jakości przeprowadzona zostanie w oparciu o punktację parametrów. Oferty zostaną ocenione wg podanego algorytmu przyznając im ocenę punktową. Zamawiający za najkorzystniejszą ofertę uzna ofertę, która uzyska największą ilość punktów obliczonych wg powyższego algorytmu.

### **VII Wykaz wymaganych dokumentów:**

1. Formularz ofertowy – wzór stanowi **załącznik nr 2**.
2. Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. W przypadku, gdy ofertę składa kilka podmiotów działających wspólnie, dotyczy każdego z nich.
3. Oświadczenie o spełnianiu przez oferowany przedmiot zamówienia wymagań przewidzianych przez ustawę z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.), potwierdzające dopuszczenie tych wyrobów do obrotu i używania, oraz przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011r. w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych do różnego przeznaczenia (Dz. U z 2011 Nr 16 poz.74 ze zm.) oraz oświadczenie o posiadaniu w/w dokumentów wzór stanowi **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego.
4. W przypadku, gdy Wykonawca działa przez pełnomocnika, do oferty winien być dołączony dokument stwierdzający upoważnienie pełnomocnika do reprezentowania Wykonawcy (pełnomocnictwo).
5. Oferta i wszystkie jej załączniki powinny być czytelne, pod rygorem jej odrzucenia złożona na piśmie, sporządzona w języku polskim. Do wszystkich dokumentów i oświadczeń sporządzonych w języku obcym muszą być dołączone ich tłumaczenia na język polski, poświadczone przez Dostawcę.
6. Wszystkie dokumenty należy przesłać w postaci skanów za pośrednictwem Platformy Zakupowej.



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 4, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

---

### **VIII Opis sposobu obliczenia ceny, rozliczenia i płatności:**

1. Cena oferty musi obejmować wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Cena oferty musi być wyrażona w złotych polskich.
3. Płatność nastąpi w formie przelewu w terminie 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego.

### **IX Tryb udzielenia wyjaśnień dotyczących treści istotnych warunków zamówienia.**

1. Dostawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści istotnych warunków zamówienia. Zamawiający zobowiązany jest niezwłocznie udzielić wyjaśnień, jednak nie później niż na 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
2. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekazuje Dostawcom, którym przekazał zaproszenie do złożenia oferty cenowej bez ujawniania źródła zapytania.
3. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić istotne warunki zamówienia. Dokonaną zmianę Zamawiający przekazuje niezwłocznie wszystkim Dostawcom, którym przekazano zaproszenie do złożenia oferty cenowej.

### **X Termin związania ofertą:**

- 1 Dostawca pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.
- 2 Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu złożenia oferty.

### **XI Unieważnienie zapytania ofertowego:**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego, jeśli:
  - 1.1. nie została złożona żadna oferta,
  - 1.2. cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

### **XI Informacja o wynikach:**

1. O wyniku postępowania i wyborze oferty zostaną powiadomieni wszyscy Dostawcy, którzy zostali zaproszeni do złożenia oferty cenowej.
2. Dostawca, którego oferta została wybrana, zostanie powiadomiony o decyzji Zamawiającego. Informacja zostanie wysłana za pośrednictwem platformy zakupowej bezzwłocznie po zatwierdzeniu wyników postępowania i nie później niż w czasie umożliwiającym podpisanie umowy.

### **XII Ochrona danych osobowych:**

- 1 Zamawiający informuje, że Administratorem danych osobowych Dostawcy jest Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice, tel. (33) 872 12 00, e-mail: sekretariat@zozwadowice.pl.
- 2 W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, za pośrednictwem adresu e-mail: iod@zozwadowice.pl.



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 4, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

- 3 Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wyłączonego spod stosowania przepisów ustawy - Prawo zamówień publicznych oraz w celu archiwizacji.
- 4 Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowi zarządzenie Nr 62/2014 Dyrektora ZZOZ w Wadowicach z dnia 17 kwietnia 2014r. w sprawie Instrukcji udzielania zamówień publicznych, których wartość szacunkowa nie przekracza wyrażonej w złotych równoważności kwoty 30.000 euro w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach
- 5 Ponadto w przypadku Wykonawcy, z którym zostanie zawarta umowa, podstawę przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej „Rozporządzeniem RODO”, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zawartej umowy.
- 6 Dane osobowe mogą być ujawniane wykonawcom oraz osobom zainteresowanym, a także podmiotom przetwarzającym dane na podstawie zawartych umów.
- 7 Dane osobowe Wykonawcy, będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy, a następnie 5 lat, począwszy od dnia 1 stycznia roku kalendarzowego następującego po zakończeniu okresu obowiązywania umowy. Okresy te dotyczą również Wykonawców, którzy złożyli oferty i nie zostały one uznane, jako najkorzystniejsze (nie zawarto z tymi Wykonawcami umowy).
- 8 Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych, a także na warunkach określonych w przepisach Rozporządzenia RODO, prawo sprostowania danych, ich usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 9 Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie może uniemożliwić Zamawiającemu dokonanie oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz zdolności wykonawcy do należytego wykonania zamówienia, co skutkować może wykluczeniem wykonawcy z postępowania lub odrzuceniem jego oferty.

### **XIII Inne informacje:**

- 1 Zamawiający zastrzega sobie prawo do skontaktowania się z Dostawcami, w celu uzupełnienia lub doprecyzowania oferty.
- 2 Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru kolejnej wśród najkorzystniejszych ofert, jeżeli Dostawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, uchyla się od zawarcia umowy w przedmiocie realizacji niniejszego zamówienia.
- 3 Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonania poprawy omyłek pisarskich i rachunkowych w złożonej przez Dostawcę ofercie.

*Z-ca Dyrektora ds. Technicznych  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach  
**mgr inż. Piotr Kopijasz***

### **Otrzymują:**

1 x Adresat (e-mail):

<https://platformazakupowa.pl/pn/zzozwadowice>

1 x a/a.



# Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 4, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

## Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

..... ,  
(pieczęć Wykonawcy)

### OŚWIADCZENIE

o spełnianiu wymogów ustawy o wyrobach medycznych, Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych do różnego przeznaczenia

Nazwa oraz siedziba Wykonawcy:

.....  
.....

1. Oświadczam, że oferowany asortyment .....

1.1. spełnia/nie spełnia\* wymogi przewidziane przez ustawę z 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 221 ze zm.)/potwierdzające dopuszczenie tych wyrobów do obrotu i używania

1.2. spełnia/nie spełnia\* wymogi przewidziane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych do różnego przeznaczenia (Dz. U z 2011 Nr 16 poz.74 ze zm.)

2. Oświadczam, że posiadam dokumenty potwierdzające spełnianie przez oferowany przedmiot zamówienia wymagań przewidzianych przez ustawę z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 221 ze zm.), zwaną dalej „ustawą”, potwierdzające dopuszczenie tych wyrobów do obrotu i używania tj; deklarację zgodności dla oferowanego wyrobu lub deklarację zgodności dla oferowanego wyrobu wraz z certyfikatem zgodności dla następujących pozycji: .....w pakiecie .....

3. Zobowiązujemy się do:

3.1. przedstawienia w/w dokumentów na każde żądanie Zamawiającego.

3.2. dokonania wszelkich starań zmierzających do uzyskania przedłużenia terminów ważności dokumentów dopuszczających dostarczane wyroby do obrotu i stosowania przez cały okres trwania umowy. Powyższe działania zobowiązujemy się podjąć w terminie umożliwiającym zachowanie ciągłości tych dokumentów.

4. Oświadczam, że dla pozycji .....w pakiecie..... nie są wymagane w/w dokumenty.

\* *niepotrzebne skreślić*

..... ,  
(miejsowość, data)

..... ,  
(podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy)