

**1 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY
Z POLIKLINIKĄ**
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Al. Raclawickie 23
20-049 Lublin
REGON: 43102222; NIP: 712-241-08-20

ADRES DO KORESPONDENCJI:

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Al. Raclawickie 44, 20-043 Lublin

ZAPYTANIE OFERTOWE

w postępowaniu o udzielenie zamówienia z pominięciem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 2019)

ZAMAWIAJĄCY:

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie
20-049 Lublin, Al. Raclawickie 23
Tel. 261 18 32 00,
NIP 712 241 08 20; REGON 4310222
adres internetowy: www.1wszk.pl

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu do krioablacji oraz dzierżawa konsoli do wykonywania zabiegów realizowanych w wyniku prowadzonego postępowania.
2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych: cz.1 i cz2
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz zapotrzebowane ilości stanowi **Załącznik nr 1** do Zaproszenia.
4. Szczegółowe wymagania Zamawiającego:
 - a) wszystkie zaoferowane wyroby medyczne muszą spełniać wymagania prawne dotyczące dopuszczenia do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U z 2020 r. poz. 186 ze zm.) oraz dyrektywami europejskimi,
 - b) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia termin ważności musi wynosić min. 6 m-cy od daty dostawy,
5. Zamawiający będzie żądał posiadania nw. dokumentów okazywanych na każde żądanie Zamawiającego:
 - a) aktualny dokument dopuszczający do obrotu i używania na rynku krajowym dla zaoferowanych wyrobów stanowiących przedmiot zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie o wyrobach medycznych z dn. 20.05.2010 r. (tj. Dz. U z 2020. poz. 186) potwierdzającego oznaczenie przedmiotu znakiem CE, tj.:
 - deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzająca, że wyrób medyczny jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi,
 - certyfikat zgodności wystawiony przez jednostkę notyfikowaną (identyfikujący producenta i typ wyrobu), jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej.
 - b) katalogi, materiały informacyjne itp;
6. Forma i termin płatności: 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
7. Miejsce dostawy: Apteka Zakładowa 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Al. Raclawickie 23.
8. Wykonawca, który w ofercie powołuje się na rozwiązania równoważne opisywanym przez Zamawiającego jest obowiązany wykazać, że oferowane przez niego dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego. W takiej sytuacji Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty zaproponowane pozycje równoważne oraz wykazać ich równoważność w stosunku do

wymagań opisanych w dokumentacji stanowiącej opis przedmiotu zamówienia ze wskazaniem nazwy i pozycji opisu przedmiotu zamówienia, których dotyczy.

9. Informacja na temat możliwości powierzenia przez Wykonawcę wykonania części zamówienia podwykonawcom: Wykonawca może powierzyć wykonanie części niniejszego zamówienia podwykonawcom. W takim przypadku zobowiązany jest do wykazania w formularzu ofertowym części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom lub do podania nazw (firm) podwykonawców.
10. Oznaczenie przedmiotu zamówienia wg CPV: 33100000, 33182200-1

II. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

1. przedmiotu zamówienia będą realizowane zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego przez 2 dni od daty podpisania umowy.
2. Za dni robocze uznaje się dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

III. W POSTĘPOWANIU MOGĄ UCZESTNICZYĆ WYKONAWCY, KTÓRZY:

- 1) posiadają zdolność do występowania w obrocie gospodarczym;
- 2) posiadają uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 3) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.
- 4) posiadają zdolność techniczną lub zawodową niezbędną do wykonania zamówienia;

IV. OFERTY BĘDĄ PODLEGAŁY OCENIE WG KRYTERIUM:

Cena – 100%

$$C = \frac{\text{Cena najtańszej oferty}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 100\text{pkt.} \times 100\%$$

gdzie:

C – punkty przyznane za kryteria cena.

1. W kryterium Cena, oferta może uzyskać maksymalnie do 100 punktów.
2. Ilości punktów zostanie wyliczona na podstawie powyższego wzoru.
3. Punkty w kryterium Cena zostaną zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku.
4. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą końcową ocenę oferty oraz nie podlegająca odrzuceniu.

Za najkorzystniejszą uznana zostanie oferta z najniższą ceną, nie podlegającą odrzuceniu.

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY.

Każdy z wykonawców przedłoży pełną ofertę w zakresie przedmiotu zamówienia według załączonego wzoru „Oferty Wykonawcy”- Załącznik Nr 1 i 2 do Zaproszenia, zgodnie z dołączonym formularzem.

VI. WYKAZ DOKUMENTÓW JAKIE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO FORMULARZA OFERTY:

- 1) Formularz OFERTY WYKONAWCY – Załącznik nr 2.
- 2) Wypełniony Formularz cenowy - Załącznik Nr 1
- 3) Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 4) Oświadczenia Wykonawcy, iż oferowane wyroby medyczne posiadają aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z pkt. I.5 a) i b), zgodne z obowiązującym prawem metodyki wykonywania badań, itp. okazywalne na każde wezwanie Zamawiającego – wzór oświadczenia załącznik nr 3.
- 5) Oświadczenie potwierdzające spełnianie wymagań określonych w pkt. III zaproszenia, zgodnie

z treścią oświadczenia zawartą w formularzu Oferty Wykonawcy - Załącznik Nr 2,
6)W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa do złożenia oferty lub innych czynności w zamówieniu, do oferty należy załączyć oryginał pełnomocnictwa lub jego kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel wykonawcy.

VII. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY.

Cena oferty powinna być skalkulowana w oparciu o dane podane w specyfikacji cenowej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia, przy zachowaniu poniższych zasad:

1. Dla każdej pozycji zapotrzebowania należy określić najpierw cenę jednostkową netto pozycji, a następnie wartość netto pozycji jako iloczyn ceny jednostkowej netto oraz wielkości zamówienia (wyrażonej w sztukach).

Następnie należy określić wartość brutto pozycji asortymentowej poprzez powiększenie wartości netto o należny podatek VAT – wg. stawek obowiązujących na dzień sporządzenia oferty.

Wszystkie wartości określone w formularzu cenowym i ofercie muszą być liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

2. Sumę wartości brutto pozycji asortymentowych stanowiącą cenę oferty należy wpisać w formularzu „Oferty Wykonawcy”, z zastrzeżeniem, iż przy kalkulacji ceny uwzględniono wszystkie czynniki cenotwórcze, a zaproponowane rabaty nie powodują obniżenia wartości oferty.

3. Cena oferty musi być wyrażona w PLN, powinna być skalkulowana w sposób jednoznaczny (i obejmować wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu umowy, w tym koszt dostawy do Zamawiającego ubezpieczenie na okres transportu, itp.)we wskazanym terminie w pkt. II Zaproszenia. Cena pozostaje stała przez okres obowiązywania umowy.

Wszystkie wartości określone w kosztorysie ofertowym i ofercie muszą być liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

VIII. POSTAĆ OFERTY.

1. Oferta musi być sporządzona w języku polskim.
2. Ofertę należy składać w formie elektronicznej w podanym terminie.
3. Oryginał formularza „Oferty Wykonawcy” – Zał. Nr 2 oraz wszystkie załączniki należy podpisać przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu oraz wszelkie oświadczenia dołączone do formularza „Oferty Wykonawcy”.
4. Poprawki w treści Oferty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu.
5. W sytuacji, gdy z dokumentacji dotyczącej Wykonawcy nie wynika upoważnienie do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę i potwierdzającą dokumenty za zgodność z oryginałem **oraz do podpisania umowy**, należy dołączyć stosowne upoważnienie/pełnomocnictwo w oryginale lub kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem.
6. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę/osoby podpisujące ofertę i opatrzone datami ich dokonania.
7. **Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.**

IX. ZAMAWIAJĄCY ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO:

1. Zmiany lub uzupełnienia treści zapytania.
2. Unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego.
3. Wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów.
4. Poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający oferty.
5. Poprawy oczywistych omyłek pisarskich.
6. Zamawiający dopuszcza możliwość uzupełniania dokumentów na wezwanie.
7. Zamawiający dopuszcza przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę.

X. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ STRON

1. W przedmiotowym postępowaniu oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zamawiający i wykonawcy przekazują drogą pisemną lub elektroniczną.

2. W przypadku przekazywania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
3. Korespondencję pisemną należy kierować wyłącznie na adres 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Al. Raclawickie 44, 20-043 Lublin, budynek nr1, pokój nr 22 (kancelaria) w Lublinie.
4. Korespondencję w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej: apteka@lwszk.pl - dni i godziny udzielania informacji: poniedziałek – piątek w godz. 07.30. – 15.00,
5. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści niniejszego zapytania ofertowego drogą elektroniczną pod adresem: zamowienia.publ@lwszk.pl

XI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT CENOWYCH:

1. Ofertę należy składać w formie elektronicznej w nieprzekraczalnym terminie do dnia **23.03.2021 r. do godz. 14:00** na adres poczty elektronicznej: zamowienia.publ@lwszk.pl, wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia,
2. Ofertę należy złożyć w formacie pdf, wpisując w tytule wiadomości: **Oferta na: „, Dostawa sprzętu do krioablacji oraz dzierżawa konsoli do wykonywania zabiegów” Nr sprawy : A/Z/1103/2021.**
3. Wykonawca ma obowiązek skontaktować się z Zamawiającym telefonicznie w celu potwierdzenia przesłania oferty. **Za datę i godzinę złożenia oferty Zamawiający przyjmuje datę i godzinę otrzymania e-maila na komputerze Zamawiającego.** Niedopełnienie tego obowiązku przez Wykonawcę skutkować może nierozpatrzeniem złożonej oferty, jeżeli dojdzie do awarii skrzynki pocztowej Zamawiającego lub zakwalifikowania przez mechanizm skrzynki pocztowej wysłanego maila przez Wykonawcę jako Spam.
4. Oferty złożone po terminie nie będą otwierane i rozpatrywane.

XI. INFORMACJA O WYNIKACH, PODPISANIE UMOWY.

1. Informację o wynikach postępowania Zamawiający przekaze uczestnikom postępowania elektronicznie.
2. Z Wykonawcą, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą Zamawiający podpisze umowę

XII.OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU Z WYKONAWCAMI:

- Ludian Dariusz - w sprawach proceduralnych, tel. 261183271.
- Bakulska Joanna w sprawach proceduralnych, tel. 261183203

Wykaz załączników do Zaproszenia:

- 1.Załącznik Nr 1 - Formularz cenowy.
2. Załącznik Nr 2 - Oferta Wykonawcy.
3. Załącznik Nr 3 – Oświadczenie o przedmiocie zamówienia.
4. Załącznik Nr.4 - Projekt umowy

KIEROWNIK APTEKI SZPITALNEJ
1 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SPZOZ w Lublinie

mgr farm.  LUDIAN

KOMENDANT
1 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SPZOZ w Lublinie

ptk dr n. biol. Aleksander MICHALSKI

Znak sprawy: A/Z/1103/2021



FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr. 1 - Sprzęt do krioablacji

Lp.	Nazwa badania	Zapotrzebowana ilość	Proponowana ilość opakowań*	Cena jedn. netto opakowania*	Wartość netto *	%	Wartość brutto *	Cena brutto *	Nazwa handlowa / Producent / Nr katalogowy*	Dowód dopuszczenia do obrotu (nazwa / nr dokumentu)*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Cewnik balonowy do krioablacji (dwa rozmiary do wyboru)	6								
2	Koszulka sterowalna kompatybilna z cewnikiem balonowym	6								
3	Łącznik elektryczny do cewnika balonowego	6								
4	Łącznik gazowy do cewnika balonowego	6								
5	Cewnik diagnostyczny dedykowany do cewnika balonowego	6								
6	Łącznik do cewnika diagnostycznego dedykowanego do cewnika balonowego	3								
11	Dzierżawa systemu do badań elektrofizjologicznych (EP) na 1 dzień	2								
11	Dzierżawa konsoli do wykonywania ablacji na 1 dzień	2								
RAZEM										

*wypełnić

UWAGA:

Podane w tabeli ilości zapotrzebowanych oznaczeń przez Zamawiającego są wiążące dla Wykonawców. Jednakże w sytuacji, gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości zapotrzebowanych testów z uwagi na sposób konfekcjonowania odczynników u Wykonawców, Zamawiający dopuszcza modyfikację ich ilości przy zastosowaniu zasad zaokrąglania w górę, tj. kalkulacji takiej ilości opakowań (zestawów), którą Zamawiający będzie musiał kupić, aby zostało zrealizowane jego zapotrzebowanie, przy założeniu powstania pewnej nadwyżki. Ryzyko poprawnego dostosowania wielkości opakowania do ilości zapotrzebowanych przez

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

podpis osoby (osób)
uprawnionej (ych)

FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr. 2 - Sprzęt do krioablacji

Lp.	Nazwa badania	Zapotrzebowana ilość	Proponowana ilość opakowań*	Cena jedn. netto opakowania*	Wartość netto*	%	Wartość brutto*	Cena brutto za 1 oznaczenie / izolację*	Nazwa handlowa / Producent / Nr katalogowy*	Dowód dopuszczenia do obrotu (nazwa / nr dokumentu)*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Elektroda diagnostyczna 4 polowa sterowalna 6F	6								
2	Łącznik do elektrod diagnostycznych (kabel)	6								
3	Koszula transseptalna	6								
4	Łęlatransseptalna	6								
RAZEM										
										x

*wypełnić

UWAGA:

Podane w tabeli ilości zapotrzebowanych oznaczeń przez Zamawiającego są wiążące dla Wykonawców. Jednakże w sytuacji, gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości zapotrzebowanych testów z uwagi na sposób konfekcjonowania odczynników u Wykonawców, Zamawiający dopuszcza modyfikację ich ilości przy zastosowaniu zasad zaokrąglania w górę, tj. kalkulacji takiej ilości opakowań (zestawów), którą Zamawiający będzie musiał kupić, aby zostało zrealizowane jego zapotrzebowanie, przy założeniu powstania pewnej nadwyżki. Ryzyko poprawnego dostosowania wielkości opakowania do ilości zapotrzebowanych

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

.....
podpis osoby (osób)
uprawnionej (ych)

Nazwa oferenta, siedziba

Do I Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SPZOZ
Al. Raclawickie 23
20-043 Lublin

FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na dostawę sprzętu do krioablacji oraz dzierżawa konsoli do wykonywania zabiegów **Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa

siedziba

NIP..... REGON

Nr telefonu/faxu wykonawcy

adres poczty elektronicznej.....

Data sporządzenia oferty

1.Oferuję realizację przedmiotu zamówienia spełniającego wymagania określone w „Zaproszeniu” zgodnie z cenami podanymi w kosztorysie ofertowym :

Zadanie nr 1 -

- **cena brutto:**..... zł, słownie
- **cena netto:** zł, słownie.....
- **VAT:**zł, Stawka VAT:..... ..%.

Zadanie nr 2 -

- **cena brutto:**..... zł, słownie
- **cena netto:** zł, słownie.....
- **VAT:**zł, Stawka VAT:..... ..%.

2. Proponuje następujące warunki realizacji umowy:

- **termin wykonania zamówienia : 2 dni** od daty podpisania umowy

- **warunki płatności: 60 dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

3.Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze tj. (wartość zamówienia , VAT, oraz koszt dostawy i ewentualnie udzielony rabat).

4.Oświadczam iż, złożona przeze mnie oferta cen jednostkowych będzie obowiązywała przez cały czas trwania umowy.

5.Oświadczamy, że termin ważności dostarczonego asortymentu będzie wynosił
(**min. 6 miesięcy**) od daty każdorazowej dostawy.

6. Oświadczam, że zapoznałem się z dokumentami zaproszenia do złożenia oferty cenowej oraz warunkami realizacji zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

7. Oświadczam , że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach wynikających z niniejszej oferty i według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego oraz w terminie i w miejscu określonym przez Zamawiającego.

8. Przystępując do postępowania w zakresie j.w. oświadczam/y w imieniu Wykonawcy, że :

- 1) posiadam/y zdolność do występowania w obrocie gospodarczym;
- 2) posiadam/y uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 3) znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.

4) posiadam/y zdolność techniczną lub zawodową niezbędną do wykonania zamówienia;
9. Części zamówienia, które Wykonawca powierzy podwykonawcom (wskazać, o ile dotyczy)
.....

10. Oświadczamy, że upoważnionym pełnomocnikiem do reprezentowania Wykonawcy/ów w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia oraz do podpisywania oferty i innych dokumentów związanych z postępowaniem i podejmowaniem decyzji w imieniu Wykonawcy jest/są:

.....
imię i nazwisko, stanowisko

.....
rodzaj upoważnienia

Uwaga: **dokument** potwierdzający, że ofertę podpisała **uprawniona osoba** (np KRS, pełnomocnictwo, oświadczenie) **załączyć** - o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel wykonawcy.

11. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie dotyczących oferty jest, tel., numer faksu /adres e-mail

12. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy i zamówień jest, tel., numer faksu /adres e-mail do składania zamówień

13. Wykaz złożonych dokumentów:

-
-
-
-

.....
*Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy*