



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Wolica, dnia 26.10.2021r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (Zamawiający) zaprasza do złożenia oferty **na dostawę materiałów ochronnych dla Personelu Projektu pt. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19”** spełniającego warunki przyznania dofinansowania w trybie określonym w art. 44 c ustawy o NCBR, w ramach naboru „Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19” na warunkach zawartych w niniejszym zapytaniu ofertowym.

1. Nazwa zamówienia: Dostawa materiałów ochronnych dla Personelu Projektu pt. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19” realizowanego w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza”.

2. Tryb i rodzaj udzielanego zamówienia:

2.1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest z wyłączeniem stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych - art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2019 poz. 2019 z późn. zmian.).

2.2. Niniejsze zamówienie zostaje przeprowadzone zgodnie z zachowaniem zasady jawności, uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców.

2.3. Rodzaj zamówienia: dostawa.

Przedmiot zamówienia dotyczy dostawy towaru sklasyfikowanego pod następującym kodem CPV:

33631600-8 – Środki antyseptyczne i dezynfekcyjne

39330000-4 – Urządzenia dezynfekujące

33140000-3 – Materiały medyczne

35800000-2 – Sprzęt osobisty i pomocniczy

18143000-3 – Akcesoria ochronne

3 Zamawiający:

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe, woj. wielkopolskie, Polska NIP: 968-06-65-587
Regon: 000314750



4 Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **materiałów ochronnych dla Personelu Projektu pt. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19”** realizowanego wspólnie przez WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Centrum Zaawansowanych Technologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju z siedzibą w Warszawie.

4.1. Przedmiot zamówienia podzielono na dwie Części. Wykonawca może złożyć ofertę na jedną lub dwie Części.

4.1.1. Część 1:

a) płyn do dezynfekcji rąk - 100l.

o parametrach minimalnych (takich samych dla wszystkich płynów):

- płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk
- opakowanie 1 litrowe
- do stosowania w dozownikach łokciowych Schulke SM2
- wyrób zgodny min. z normą PN - EN 1500 i PN - EN 12791
- nawilżający / natłuszczający
- termin ważności produktu: minimum 12 miesiące
- certyfikat/deklaracja zgodności CE

b) pompka dozująca – 30 szt.

o parametrach minimalnych (takich samych dla wszystkich pompek):

- pompka pasująca do butelek z płynem wskazanym w ppkt. a)
- wielokrotnego użytku
- w zestawie: 1 pompka, min. 1 wężyk pasujący do butelki o poj. 1l
- certyfikat/deklaracja zgodności CE

4.1.2. Część 2:

a) maski FFP3 - 3 800 szt.

o parametrach minimalnych (takich samych dla wszystkich masek):

- półmaska FFP3 - w klasie ochronnej 3
- spełniająca wymogi normy PN-EN 149+A1:2010 - Sprzęt ochrony układu oddechowego – Półmaski filtrujące do ochrony przed cząstkami – Wymagania, badanie, znakowanie (lub odpowiednio EN 149:2001+A1:2009)
- posiadająca elastyczny zacisk nosowy pozwalający na doszczelnienie półmaski na nosie;
- posiadająca zawór wydechowy;
- posiadająca taśmy nagłowia zakładane na głowę (nie dopuszcza się stosowania taśm z mocowaniem za uszy);
- posiadająca informację producenta o min. 2 letnim okresie przydatności do użytkowania od daty produkcji;
- oznakowana zgodnie z wymaganiami normy stanowiącej podstawę wykazania jej właściwości ochronnych.



5 Termin, czas i miejsce wykonania zamówienia:

- 5.1. Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia przedmiotu zamówienia na podstawie zamówienia w terminie do 7 dni kalendarzowych od dnia zamówienia do siedziby WSZZOZ Chorób Płuc i Gruzlicy w Wolicy k/Kalisza
- 5.2. Koszt dostawy przedmiotu zamówienia do ww. miejsca winien być uwzględniony w koszcie realizacji przedmiotu zamówienia określonym w „Formularzu oferty”.

6 Warunki płatności:

- 6.1. Podstawę do rozliczenia stanowić będzie protokół odbioru przedmiotu zamówienia podpisany przez obie strony.
- 6.2. Płatność za wykonanie przedmiotu zamówienia nastąpi na podstawie faktury, w terminie 30 dni od daty jej otrzymania, z uwzględnieniem pkt 6.1.

7 Warunki udziału w postępowaniu:

Zamawiający nie określa warunków udziału w postępowaniu.

8 Kryteria oceny ofert.

- 8.1. Zamawiający dokona porównania ofert na podstawie kryterium – cena 100%.
- 8.2. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 8.3. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający poinformuje wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty, poprzez przesłanie w/w informacji na adres mailowy Wykonawcy podany w „Formularzu oferty”.
- 8.4. W przypadku gdy Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od realizacji zamówienia na warunkach określonych w ofercie Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i oceny.
- 8.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia lub unieważnienia niniejszego postępowania na każdym jego etapie, bez podania przyczyn, bez wyboru którejkolwiek ze złożonych ofert bądź prawo do ograniczenia przedmiotu zamówienia.
- 8.6. Zaproponowana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym cena brutto powinna zawierać wszelkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia. Ryzyko błędnej kalkulacji ceny w ofercie obciąża Wykonawcę.
- 8.7. Zamawiający nie będzie rozpatrywał ofert złożonych po terminie, o którym mowa w pkt 10.1 zapytania ofertowego.

9 Opis sposobu przygotowania ofert.

- 9.1. Wykonawca zobowiązany jest złożyć ofertę na „Formularzu oferty”, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
- 9.2. Wraz z „Formularzem oferty” Wykonawca składający ofertę na Część 2 zapytania (maski FFP3) winien przedstawić (nieodpłatnie) 1 szt. oferowanej maski lub kartę katalogową/techniczną produktu.



- 9.3. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie przez tego samego Wykonawcę więcej niż jednej oferty lub oferty zawierającej alternatywę realizacji przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie wszystkich złożonych przez niego ofert.
- 9.4. Oferta musi być sporządzona w języku polskim w sposób czytelny i trwały.
- 9.5. Oferty niezawierające materiałów i/lub asortymentu, o których mowa w pkt. 9.2 zostaną odrzucone.
- 9.6. Oferta musi być podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentacji Wykonawcy (ujawnioną w odpowiednim rejestrze) lub posiadającą stosowne pełnomocnictwo (które w takim przypadku należy dołączyć do oferty). Złożony podpis musi być czytelny i umożliwiający identyfikację podpisującego (dopuszczalny podpis z pieczętką imienną).
- 9.7. Wszelkie poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone datą i podpisem osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji Wykonawcy.
- 9.8. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem oferty ponosi Wykonawca, niezależnie od wyniku postępowania.
- 9.9. Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

10 Termin składania ofert - dotyczy każdej części zamówienia.

10.1. Ofertę można przesłać:

10.1.1. drogą elektroniczną (profilem zaufanym ePUAP) na elektroniczną skrzynkę podawczą Szpitala: /WSZZOZChPiG/SkrytkaESP (skan podpisanych dokumentów). Oferta przesłana jako załącznik do pisma ogólnego kierowanego do podmiotu przez profil zaufany ePUAP musi być zgodna z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich można żądać Zamawiający od Wykonawcy w postępowaniu o udzieleniu zamówienia.

lub

10.1.2. drogą elektroniczną (za pomocą poczty elektronicznej) jako skan podpisanego dokumentu sporządzonego w formie papierowej lub dokument elektroniczny podpisany ważnym podpisem kwalifikowanym na adres e.fikus@szpital.wolica.pl (w tytule należy wpisać „Oferta na materiały ochronne”)

lub

10.1.3. w formie pisemnej w zamkniętej, opieczętowanej kopercie zaadresowanej na adres Zamawiającego opatrzonej podpisem „Oferta na materiały ochronne” za pośrednictwem poczty bądź kuriera lub w ww. formie dostarczyć osobiście na adres: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 02.11.2021r. do godz. 10:00.

10.2. W przypadku oferty na Część 2 zapytania, maskę o której mowa w pkt. 9.2 należy przesłać wraz z ofertą składaną w formie papierowej bądź jako uzupełnienie oferty składanej w formie



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

elektronicznej w zamkniętej, opieczątowanej kopercie zaadresowanej na adres Zamawiającego opatrzonej podpisem „Oferta na materiały ochronne – **Część 2 - maska**” w terminie określonym w pkt. 10.1

10.3. Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona.

10.4. W przypadku składania oferty pocztą elektroniczną, decyduje data wpływu na serwer poczty przychodzącej Zamawiającego.

11 Informacje o sposobie porozumiewania się: pracownikiem uprawnionym do kontaktowania się z Wykonawcami jest: Emilia Fikus-Kuźnicka, e-mail: e.fikus@szpital.wolica.pl tel. 728 947 899

12 Informacje dodatkowe

12.1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany zapisów niniejszego zapytania przed upływem terminu składania ofert.

12.2. Niniejsze zapytanie nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zlecenia realizacji zamówienia.

12.3. Nie prowadzi się indywidualnych negocjacji na temat cen, terminów wykonania zamówienia i terminów składania ofert, za wyjątkiem sytuacji, w której zostały złożone oferty o takiej samej cenie. Wówczas Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

Dyrektor
Wojewódzkiego Specjalistycznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza
/../
lek. med. Sławomir Wysocki

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz oferty – **do wypełnienia**



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

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

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Zdrowotnych Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza**

FORMULARZ OFERTY

Składając ofertę na dostawę **materiałów ochronnych dla Personelu Projektu pt. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19”**, w imieniu reprezentowanego Wykonawcy tj.

.....
(należy podać nazwę, NIP i adres Wykonawcy np. w formie pieczęci)

oświadczam, iż:

1.Oferuję za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem i warunkami zawartymi w Zapytaniu ofertowym następujące ceny:

Część 1: materiały ochronne do dezynfekcji					
Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	płyn do dezynfekcji rąk (butelka 1 l.)	l.	100		
2.	Pompka dozująca	szt.	30		
Razem wartość netto [PLN]					.
Podatek VAT [%]					.
Wartość brutto [PLN]					.



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Część 2: maski					
Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	Maski FFP3	szt.	3 800		
Razem wartość netto [PLN]					.
Podatek VAT [%]					.
Wartość brutto [PLN]					.

2.Parametry:

Nazwa asortymentu	Parametr wskazany w zapytaniu	Parametr oferowany
Część 1: materiały ochronne do dezynfekcji pomieszczeń		
Płyn do dezynfekcji rąk	płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk	
	opakowanie 1 litrowe	
	do stosowania w dozownikach łokciowych Schulke SM2	
	wyrób zgodny min. z normą PN - EN 1500 i PN - EN 12791	
	nawilżający / natłuszczający	
	termin ważności produktu: minimum 12 miesięcy	
Pompka dozująca	pompka pasująca do butelek z płynem wskazanym w ppkt. a)	
	wielokrotnego użytku	
	w zestawie: 1 pompka, min. 1 wężyk pasujący do butelki o poj. 1l.	
Część 2: maski		
Maska FFP3	półmaska FFP3 - w klasie ochronnej 3	
	spełniająca wymogi normy EN 149:2001+A1:2009 - sprzęt ochrony układu oddechowego	
	posiadająca elastyczny zacisk nosowy pozwalający na doszczelnienie półmaski na nosie;	
	posiadająca zawór wydechowy;	
	posiadająca taśmy nagłowia zakładane na głowę (nie dopuszcza się stosowania taśm z mocowaniem za uszy);	
	posiadająca informację producenta o min. 2 letnim okresie przydatności do użytkowania	
	oznakowana zgodnie z wymaganiami normy stanowiącej podstawę wykazania jej właściwości ochronnych.	



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruzlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

3. Oświadczam, że:

- a. wyżej wymieniony towar, na dostawę którego składam ofertę, dostarczę do siedziby Zamawiającego w terminie do 7 dni kalendarzowych od dnia zamówienia.
- b. oferowana przeze mnie cena uwzględnia wszystkie zobowiązania oraz wszystkie koszty, w tym koszty dostawy, związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym,
- c. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej przedmiotem zamówienia oraz dysponuję doświadczeniem, potencjałem technicznym i osobowym umożliwiającym realizację zamówienia,
- d. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia,
- e. zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i akceptuję jego treść, w tym warunki płatności, oraz zdobyłem wszelkie niezbędne informacje do opracowania oferty,
- f. wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

4. Dane teleadresowe do prowadzenia korespondencji:

Nazwa firmy:
Adres:
tel., e-mail.....

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
(podpis, pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)
(podpisy, pieczęć osoby/osób upoważnionych)