Kędzierzyn-Koźle, 14.10.2021r.

605/AZ/2021

**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU W TRYBIE DO 130 000,00 ZŁ NETTO**

1. Przedmiot zamówienia: **„Dostawa zestawów okulistycznych do zabiegów DME dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu”.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajdują się w załączniku nr 1 do ogłoszenia (formularz ofertowo-cenowy).
3. Wymagany termin dostawy do Apteki Zamawiającego nastąpi w dwóch turach jak wskazano w pkt C.2. Formularza Ofertowo-Cenowego.
4. Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

 **ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn - Koźle**

Strona internetowa: www.e-szpital.eu

E-mail: przetargi@e-szpital.eu

Platforma zakupowa: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle> .

1. Osobą ze strony zamawiającego upoważnioną do kontaktowania się z wykonawcami, jest: Elżbieta Kozioł, tel. 77 / 40 62 566, w godzinach pracy Zamawiającego tj. 7:00 - 14:35.
2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych ani częściowych.
3. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują na adres:
<https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle> lub przetargi@e-szpital.eu.
4. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z zapytaniem dotyczącym treści ogłoszenia o zamówieniu kierując je na adres:
<https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle> lub przetargi@e-szpital.eu, w terminie do **18.10.2021r. godz. 12:00.**
5. Informacja dotyczące przedmiotowego zamówienia będą zamieszczane na platformie zakupowej prowadzonego postępowania.
6. Wykonawcy pozostają związani ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
7. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
8. Zamawiający nie dopuszcza możliwości prowadzenia między Zamawiającym a Wykonawcą negocjacji dotyczących złożonej oferty.
9. Przygotowanie oferty:
10. Wykonawca może złożyć jedną ofertę. **Zamawiający wymaga złożenia oferty w postaci lub formie elektronicznej**.
11. Oferta wymaga podpisu osób uprawnionych do reprezentowania firmy w obrocie gospodarczym, zgodnie z aktem rejestrowym oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
12. Oferta podpisana przez upoważnionego przedstawiciela wykonawcy wymaga załączenia właściwego pełnomocnictwa.
13. Ofertę należy złożyć za pomocą platformy zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle/proceedings> .
14. Termin składania ofert upływa w dniu  **20.10.2021 r. godz. 9:00.**
15. Otwarcie ofert nastąpi w dniu  **20.10.2021 r. godz. 9:10** w siedzibie Zamawiające­go.
16. Kryterium oceny ofert: „**Cena”** obliczane wg wzoru:

 Najniższa oferowana cena brutto

 ------------------------------------------------ x 100

 Cena brutto badanej oferty

Oferta, która otrzyma maksymalną liczbę przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów.

W sytuacji, gdy nie można będzie dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostaną złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie tych wykonawców do złożenia w terminie określonym przez zamawiającego ofert dodatkowych – wykonawcy, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

1. **Wymagane dokumenty, jakie należy dołączyć składając ofertę:**
2. Wypełniony **formularz ofertowo-cenowy** (wzór stanowi załącznik nr 1),
3. Stosowne pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy).

 Dyrektor Jarosław Kończyło

 …………………………………………………

 Kierownik Zamawiającego

Załącznik:

Formularz ofertowo-cenowy (załącznik nr 1)

**Załącznik nr 1**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

**ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle**

|  |
| --- |
| **„FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY”na: „Dostawę zestawów okulistycznych do zabiegów DME dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu”sygn. 605/AZ/2021**  |

**A. DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ................................................................................................, Adres: …………...............................................................................................................................

KRS: ………………………………….. Numer NIP .................................................... Regon ............................................................

Adres e-mail: ...................................................... Osoba do kontaktów: ....................................................................................... tel. ........................................................

B. OFEROWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach wymaganych przez Zamawiającego określonych w postanowieniach ogłoszenia o zamówieniu w trybie do 130 000,00 zł netto cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i skład produktu** | **Nazwa / Opis produktu oferowanego / Kod lub numer katalogowy / Producent\*** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6=4x5** | **7** | **8=6+VAT** |
| 1 | **Sterylny zestaw do podania iniekcji doszklistkowej:**Minimalny skład:a) 1 szt. serweta na stolik 70-80x70-80cm (zawinięcie),b) 1 szt. miseczka plastikowa,c) 1 szt. kocher plastikowy,d) 2 szt. patyczki z wacikiem,e) 7 szt. kompresów z włókniny 7,5x7,5cm,f) 1 szt. miarka 3,5mm/4mm,g) 1 szt. rozwórka,h) 1 szt. strzykawka Insumed 29G, zintegrowana z igłąi) 1 szt. serweta operacyjna 100-110x100-110cm z integrowaną folią chirurgicznąj) 1para rękawic sterylnych lateksowych bezpudrowych z wewnętrzną warstwą polimerową, rozm. 6,5 i 7 *(do wyboru przez Zamawiającego)*k) kieszeń foliowa przyklejana 1-komorowa, rozm. 38-40 x 38x40  |  | **320 / zest.** | …zł / szt. | ….zł | …% | …….zł |
| 2 | Strzykawka Insumed 29G x ½” 0,33 x 12mm, zintegrowana z igłą | x | **130 szt.**  | …zł / szt. | ….zł | …% | …….zł |
| **RAZEM poz. 1 – 2:** | **………. zł** | **x** | **………… zł** |

*\*oferta zostanie odrzucona w przypadku:*

*1) nie wypełnienia kolumny,*

*2) nie wpisania informacji dot.: nazwy lub opisu produktu oferowanego lub kodu / numeru katalogowego lub producenta.*

*W przypadku nie stosowania: nazwy, kodu / numeru katalogowego należy to zaznaczyć odpowiednim zapisem w tabeli lub pod nią np.: "Nie stosuje się" lub innym.*

**C. Wymogi dot. przedmiotu zamówienia:**

1. Wykonawca zobowiązany jest do dostawy przedmiotu zamówienia w odpowiednich opakowaniach posiadających informację w języku polskim, wraz ze wskazaniem producenta co do właściwości przedmiotu zamówienia, zasad bezpieczeństwa użytkowania i terminów ważności, posiadające oznaczenie CE (o ile jest wymagane) i oznaczenia dotyczące sterylności bądź jałowości (jeżeli wymagają tego przepisy prawa).

2. **Wymagany termin dostawy do Apteki Zamawiającego:**a) 1 tura (100 zestawów z poz. 1 i 30 szt. z poz. 2) w terminie do 3 dni roboczych od zawiadomienia o wyborze oferty,

b) 2 tura (220 zestawów z poz. 1 i 100 szt. z poz. 2) w terminie do 21 dni roboczych od zawiadomienia o wyborze oferty.

3. Jeżeli dostawa będzie wypadała w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy Zamawiającego, jej realizacja nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie. Za dni robocze przyjmuje się dni od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.

4. Bez względu na to, w jaki sposób realizowane są dostawy towaru (transportem własnym czy za pośrednictwem firmy kurierskiej) Wykonawca odpowiada za dostawę towaru na własny koszt - wraz z wniesieniem. W przypadku realizacji dostaw za pośrednictwem firmy kurierskiej Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu towaru oraz jego przeniesienia ze środka transportu w ramach podpisanej umowy z firmą kurierską.

5. Wykonawca udziela na asortyment objęty przedmiotem niniejszej umowy rękojmi i gwarancji nie krótszej niż gwarancja producenta / okres ważności producenta, jednak nie mniej niż 12 miesięcy.
6. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktury w terminie 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, przelewem bankowym na konto Wykonawcy wskazane na fakturze. Podstawą do zapłaty za dostarczony towar będzie papierowa lub ustrukturyzowana elektroniczna wersja faktury VAT.

7. Wykonawca może złożyć:

a) fakturę w formie papierowej w sekretariacie Zamawiającego lub załączyć ją do dostawy towaru,

b) ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną zgodną z przepisami ustawy z 09.11.2018r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. 2018r. poz. 2191), na Platformie Elektronicznego Fakturowania (PEF) dostępnej pod adresem <http://brokerpefexpert.efaktura.gov.pl/>. Adres PEF Zamawiającego: NIP 7491790304;

c) fakturę drogą elektroniczną na adres efaktura@e-szpital.eu.

**D. Oświadczenie dotyczące postanowień niniejszego ogłoszenia:**

1. Składam/-y ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w ogłoszeniu o zamówieniu i istotnych postanowieniach umowy.
2. Oświadczam, że akceptuję termin płatności od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury: 30 dni.
3. Oświadczam/-y, że uważam/-y się za związanego/-ych z ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam/-y, że załączone do niniejszego ogłoszenia wymagania stawiane wykonawcy oraz istotne postanowienia umowy zostały przez/-e nas/-mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam/-y, że powyżej podana cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru mojej/-naszej oferty.

.............................. dnia …………......... ………………………………………………………………………

 podpis osoby/osób wskazanych do reprezentowania Wykonawcy

 i składania oświadczeń woli w jego imieniu