

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ

Przedmiot zapytania dotyczy: **dostawy sprzętu medycznego dla SKOR-u.**

I. Zamawiający:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

10 – 561 Olsztyn

Strona: www.wss.olsztyn.pl

E-mail: zamowienia@wss.olsztyn.pl

Godziny urzędowania: 7.00 – 14.00

Telefon / fax: 089 53 86 228

II. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego dla Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, zawartego w załączniku nr 2 *Formularz cenowy*, do Zaprośzenia. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na poszczególne części – liczba części 5.

III. Informacje o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Wypełniony formularz ofertowy i cenowy (Załącznik nr 1 i 2 do Zaprośzenia).
3. Wypełniony formularz parametrów wymaganych (załączniki nr 4 – 8 do Zaprośzenia).
4. Dokument potwierdzający, iż oferowany przedmiot zamówienia dopuszczony jest do obrotu w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 nr 107 poz. 679) i przepisami wykonawczymi do oferty należy dołączyć:
 - 3.1. Dla wyrobów klasy I - deklaracje zgodności CE;
 - 3.2. Dla wyrobów klas: I z funkcją pomiarową, I jałowej i IIa – deklaracje zgodności CE z numerem jednostki notyfikowanej, biorącej udział w ocenie zgodności;
 - 3.3. Dla wyrobów klas: II b i III – Certyfikat CE
 - 3.4. Dla wyrobów medycznych będących zestawem lub systemem zabiegowym w którym wszystkie elementy oznaczone są znakiem CE – oświadczenie określone w art. 30 ust. 1. Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r.
5. Dla wyrobów medycznych będących systemem lub zestawem zabiegowym zawierającym wyrób medyczny nieoznakowany znakiem CE lub gdy wybrana kombinacja wyrobów medycznych nie jest kompatybilna, biorąc pod uwagę ich pierwotne przewidziane zastosowanie – Dokumenty potwierdzające, że zestaw lub system został poddany ocenie zgodności.
6. Folder-katalog, zawierający opis - specyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia, który potwierdza spełnianie wymagań opisanych w Formularzu parametrów wymaganych.

IV. Termin wykonania zamówienia:

Od dnia podpisania umowy do 21 grudnia 2017 r.

V. Kryteria oceny ofert:

Cena – 100%

VI. Osoby uprawnione do porozumiewania się z wykonawcami:

Osobą upoważnioną ze strony Zamawiającego do kontaktowania się z wykonawcami jest: Stanisława Masłowska – Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, tel. 0 89 53 86 228.

Ofertę cenową należy złożyć **do dnia 24 listopada 2017 roku do godziny 14.00** na adres:

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
ul. Żołnierska 16 B, pok. 2 / 9
10 – 561 Olsztyn**

lub skan **oryginału dokumentów** wysłać na adres e-mail: zamowienia@wss.olsztyn.pl.

UWAGA!!

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z wybranymi Wykonawcami dotyczących ceny.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

VII. Załączniki:

Załączniki składające się na integralną część zaproszenia:

1. Załącznik nr 1 – formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2 – formularz cenowy
3. Załącznik nr 3 – projekt umowy
4. Załącznik nr 4 – formularz parametrów wymaganych dla części nr 1
5. Załącznik nr 5 – formularz parametrów wymaganych dla części nr 2
6. Załącznik nr 6 – formularz parametrów wymaganych dla części nr 3
7. Załącznik nr 7 – formularz parametrów wymaganych dla części nr 4
8. Załącznik nr 8 – formularz parametrów wymaganych dla części nr 5

DYREKTOR
WSS w Olsztynie
Irena Kierzkowska
(*Podpis osoby uprawnionej*)