

## **ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ**

Przedmiot zapytania dotyczy:

**Dostawa odczynników do wykonywania oznaczeń kwasów żółciowych – powtórka**

### **I. Zamawiający:**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
ul. Żołnierska 18  
10 – 561 Olsztyn  
Strona: [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)  
E-mail: [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@wss.olsztyn.pl)  
Godziny urzędowania: 7.00 – 14.00  
Telefon / fax: 89 53 86 228

### **II. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa odczynników do wykonywania oznaczeń kwasów żółciowych .Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 2 do Zaproszenia.

### **III. Termin wykonania zamówienia :**

Od dnia podpisania umowy, do dnia 18-10-2021r

### **IV. Kryterium oceny ofert :**

100 % cena

### **V. Informacje o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy:**

- 1.Sporządzony przez wykonawcę, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do zaproszenia , **Formularz ofertowy**.
- 2.Sporządzony przez wykonawcę, według wzoru Zamawiającego stanowiącego **załącznik nr 2** do zaproszenia , **Formularz cenowy**
- 3.**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.
- 4.**Pełnomocnictwo** do podpisywania oferty i składania ewentualnych wyjaśnień, jeżeli osobą podpisującą nie jest osoba upoważniona na podstawie dokumentu wymienionego w pkt. 3.
- 5.**Folder-katalog lub karty charakterystyki ( techniczne )** zawierające opis- specyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia, które potwierdzają spełnianie wymagań opisanych w Formularzu cenowym .

**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. 89 53 86 228.

Ofertę cenową należy złożyć **do dnia 11 grudnia 2018 r. roku do godziny 10:30** na adres:

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

Z dopiskiem **DZPZ/333/304/2018 – Dostawa odczynników do wykonywania oznaczeń kwasów żółciowych - powtórka**

lub skan oryginału dokumentów wysłać na adres e-mail : [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@wss.olsztyn.pl)

**Adres poczty elektronicznej, adres strony internetowej niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną.**

1. Adres poczty elektronicznej: [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@wss.olsztyn.pl)
2. Adres strony internetowej: [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

**VII. Informacje dodatkowe:**

Zamawiający w ramach prowadzonego postępowania zastrzega możliwość przeprowadzenia negocjacji w zakresie ceny.

Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia prowadzonego postępowania bez podania przyczyny.

Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego o wyjaśnienie treści Zaproszenia nie później niż do dnia **07.12.2018 r. do godziny 10:00.**

**Zasada zastosowania klauzuli informacyjnej z art. 13 RODO.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn;
- inspektorem ochrony danych osobowych w *Szpitalu* Pani Beata Jastrzębowska [bjastrzebowska@wss.olsztyn.pl](mailto:bjastrzebowska@wss.olsztyn.pl) tel. 89 53 86 353;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;

- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

### **VIII. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – formularz cenowy

Załącznik nr 3 – projekt umowy

DYREKTOR WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA  
SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

*Irena Kierzkowska*

.....

( Podpis osoby uprawnionej )