

## **ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ**

Przedmiot zapytania dotyczy:  
**dostawy wiertarki ręcznej do zabiegów na potrzeby Oddziału Neurochirurgicznego**

### **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: 089 53 86 228**

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

Przedmiot zamówienia obejmuje **dostawy wiertarki ręcznej do zabiegów na potrzeby Oddziału Neurochirurgicznego zgodnie z załącznikiem nr 2 do zaproszenia.**

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

- do 14 dni od dnia podpisania umowy

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

Cena - 100%

### **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 stanowiącego załącznik nr 2 do zaproszenia, formularz cenowy.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia 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. W celu potwierdzenia, że oferowany asortyment odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający wymaga załączenia:
  - a. 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:
    1. Dla wyrobów klasy I - deklaracje zgodności CE;
    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. Dla wyrobów klas: II b i III – Certyfikat CE

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.
- b. Katalogów / ulotek lub folderów zawierających dokładne opisy zaoferowanego asortymentu w języku polskim, (jeżeli katalog lub ulotka jest w języku obcym wymagane jest tłumaczenie na język polski).

#### **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. 089 53 86 228.

Ofertę cenową należy złożyć **do dnia 10 października 2016 r. roku na adres:**

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

z dopiskiem: **DZPZ/333/231/2016 – Dostawa wiertarki ręcznej do zabiegów na potrzeby Oddziału Neurochirurgicznego** lub skan **oryginału dokumentów** wysłać na adres e-mail: [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@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.

#### **VIII. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – formularz cenowy

Załącznik nr 3 – projekt umowy

DYREKTOR WSS W OLSZTYNIE

*Irena Kierzkowska*

*(Podpis osoby uprawnionej)*