



**SZPITAL POWIATOWY**  
w Limanowej  
**Imienia Miłosierdzia Bożego**  
ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

Sekcja Zamówień Publicznych

fax: 18 3372 710

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl)

### OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie  
**przetarg nieograniczony – wartość zamówienia poniżej 30 000 €**  
w stosunku, do której nie stosuje się przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych

na

### Dostawy wyrobów medycznych ujętych w 3 zadaniach asortymentowych

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, określa załącznik do IWZ pn. Formularz asortymentowo-cenowy

Sygnatura: **NZ/16/D/Nu/A/2018**

Wspólny słownik Zamówień CPV: 33140000-3 - Materiały medyczne

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy od daty zawarcia umowy**

Termin związania ofertą: **30 dni**

W postępowaniu nie przewiduje się wnoszenia wadium.

Formularz zawierający Istotne Warunki Zamówienia w cenie 10.00 zł (brutto) można otrzymać w Sekcji Zamówień Publicznych, ul. Piłsudskiego 63, 34-600 Limanowa Przelew za IWZ na rachunek bankowy zamawiającego: BS Limanowa 67 8804 0000 0000 001394940182. IWZ w formie papierowej będzie wysłane na wniosek Wykonawcy z załączoną kopią dokonania przelewu za IWZ na numer faksu 18 3372 710.

Istotne Warunki Zamówienia są także dostępne na stronie internetowej szpitala [www.szpitallimanowa.pl](http://www.szpitallimanowa.pl)

Pracownikami upoważnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

w zakresie proceduralnym:

**1 Alicja Więcek** – Inspektor ds. Zamówień Publicznych

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl) fax: 18 3372 710

w zakresie merytorycznym:

**Patrycja Nowak-Gwiazdowska** – Kierownik Apteki

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl) tel/fax: 18 3301 735

Oferty należy składać w: siedzibie Zamawiającego, Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego, Sekcja Zamówień Publicznych, ul. Piłsudskiego 63, 34-600 Limanowa do dnia 2017-03-16 do godz.11:00.

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

#### Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki:

Lp.	Warunki
1	<b>Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

System ProPublico © Datacomp

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
BAKTERIOLOGICZNA



## SZPITAL POWIATOWY

w Limanowej

Imienia Miłosierdzia Bożego

ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

2	<b>Wiedza i doświadczenie</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania wiedzy i doświadczenia. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
3	<b>Potencjał techniczny</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
4	<b>Osoby zdolne do wykonania zamówienia</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
5	<b>Sytuacja ekonomiczna i finansowa</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

W celu wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków, należy przedłożyć:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Oświadczenie o spełnianiu warunków</b> Oświadczenie o spełnianiu warunków

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy, należy przedłożyć:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Aktualny odpis lub oświadczenie poniżej 30 000 €</b> 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 wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert

Dokumenty podmiotów zagranicznych:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Dokument potwierdzający, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości</b> Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przedkłada dokument wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania potwierdzający, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości - wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert

Inne wymagane dokumenty:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Oświadczenie dot. zad. 2, 3</b> Zamawiający wymaga, aby Oferent przedłożył do oferty oświadczenie o posiadaniu dokumentów: uprawniających do obrotu zaoferowanymi wyrobami medycznymi zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z 20.05.2010 (deklaracja zgodności, certyfikat CE) dla zadania 2, 3
2	<b>Deklaracja zgodności dot. zad. 1</b> Zamawiający wymaga, aby Oferent przedłożył do oferty deklarację zgodności dla zadania nr 1 potwierdzającą spełnienie wymaganych norm w obszarze medycznym, ulotkę o produkcie, opinię producentów głowic USG, kartę charakterystyki substancji i preparatów niebezpiecznych oraz oświadczenie o posiadaniu dokumentów uprawniających do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z 20.05.2010

System ProPublico © Datacomp

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
BAKTERIOLOGICZNA



**SZPITAL POWIATOWY**  
w Limanowej  
**Imienia Miłosierdzia Bożego**

ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

**Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:**

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr	Nazwa kryterium	Waga
1	Cena	100 %

Punkty przyznawane za powyższe kryteria będą liczone według następujących wzorów:

Nr kryterium	Wzór
1	Cena $\text{Liczba punktów} = (C_{\min} / C_{\text{of}}) * 100 * \text{waga}$ gdzie: - $C_{\min}$ - najniższa cena spośród wszystkich ofert - $C_{\text{of}}$ - cena podana w ofercie

Limanowa dnia: 2018-03-08

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego w Limanowej

*mgr Marcin Radzięta*

System ProPublico © Datacomp

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
BAKTERIOLOGICZNA