Kołobrzeg, dnia 05 lipca 2019 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**prowadzonego na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**tj. o wartości poniżej 30 000 euro na:**

**Dostawa gazów medycznych do Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu**

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Określenie trybu:** postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych – zamówienie, którego wartość nie przekracza 30 000 euro.

**Dokumentacja dotycząca zamówienia:** dostępna na stronie internetowej www.szpital.kolobrzeg.pl

**Przedmiot zamówienia:** Dostawa gazów medycznych do Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu, zgodnie z załącznikiem nr 3

Dostawa sukcesywnie w pojemnikach przystosowanych i posiadających odpowiednie zezwolenia do stosowania (dla potwierdzenia należy przedłożyć informacje o dopuszczeniu pojemników do stosowania). Należy również przedłożyć karty charakterystyki oferowanych produktów oraz specyfikację techniczną.

1. Wykonawca przedstawi następujące dokumenty zgodnie z ustawą Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r.
* pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego
* zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego ,
* zezwolenie na wytworzenie produktu leczniczego wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego - dotyczy tylko produktów leczniczych wytwarzanych bezpośrednio przez Dostawcę.
1. Zamawiający wymaga dołączenia do oferty karty charakterystyki oferowanego produktu leczniczego.
2. W przypadku wyrobów medycznych – zawór dozujący do mieszaniny, ustniki, dostawca przedstawi następujące dokumenty wymagane przez Ustawę o Wyrobach Medycznych z dnia 20 maja 2010 r.
* Deklarację Zgodności z Wymaganiami Zasadniczymi Dyrektywy rady 93/42/EEC Medical Devices
* Certyfikat wystawiony przez jednostkę notyfikowaną potwierdzający spełnienie dyrektywy 93/42/EEC w zakresie wytwarzania oferowanych wyrobów
* Potwierdzenie złożenia dokumentacji rejestracyjnej wyboru.
1. Zamawiający wymaga dołączenia do oferty certyfikatu lub innego dokumentu wystawionego przez producenta zaworu dozującego informującego o tym, że oferowane urządzenie nie zawiera ftalanów.
2. Zamawiający wymaga dołączenia do ofert instrukcji obsługi urządzenia do podawania mieszaniny tlenu medycznego i podtlenku azotu medycznego 50/50 %.

**Kod CPV:**

24.11.15.00-0 gazy medyczne, 24.10.00.00-5 gazy

**Zamawiający wymaga okresu ważności gazów:**

minimum 24 miesiące

Miejsce realizacji: dostawa do siedziby Zamawiającego

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapisami we wzorze umowy – załącznik nr 4 do zapytania ofertowego.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy posiadają wiedzę
i doświadczenie, tj. Wykonawca musi wykazać się doświadczeniem zawodowym w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, w wykonaniu co najmniej 2 zamówień obejmujących wykonanie przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.

Wykonawcy zobowiązani są do dołączenia do oferty aktualnego wyciągu z KRS bądź wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

**Termin realizacji:**

24 m-ce. Poszczególne dostawy wykonane będą na pisemne zlecenie Zamawiającego.

**Kryteria oceny ofert:**

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria oceny ofert przedstawione poniżej

#503Cena 100%.

**Miejsce i termin składnia ofert:**

Oferty należy składać w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu, pokój nr 11, do dnia 15 lipca 2019 r. do godziny 1000. Do kontaktu z Zamawiającym wyznaczono osobę: Izabela Kułakowska tel. 94 35 30 262, e-mail: Izabela.Kulakowska@szpital.kolobrzeg.pl .

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Adres poczty elektronicznej:.................................................

Strona internetowa: .................................................

Numer telefonu: ……..........................................

Numer faksu: ……..........................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Nazwa i przedmiot zamówienia:** Dostawa gazów medycznych do Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu, zgodnie z załącznikiem nr 3

**Wartość zamówienia:**

cena netto...........................................................................................................zł

(słownie: ..............................................................................................................)

podatek VAT........% w kwocie............................................................................zł

cena brutto..........................................................................................................zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Termin wykonania zamówienia:**

24 m-ce

**Okres ważności**

….. m-cy

**Warunki płatności:**

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT, po wykonaniu przedmiotu umowy
i dokonaniu jego odbioru.

Oświadczamy, że:

* posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Wykaz wykonanych zamówień – załącznik nr 2
3. Formularz cenowy – załącznik nr 3
4. Wzór umowy – wypełniony(preambuła, osoba do reprezentowania, osoba do realizacji zamówienia, tel. maile) i parafowany – Załącznik nr 4 – wzór umowy.
5. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
6. Certyfikaty, atesty karty charakterystyki itp.
7. Polisę OC.

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Wykaz usług obejmujących wykonanie przedmiotu zamówienia wraz z przedstawieniem dokumentów potwierdzających należyte wykonanie zamówienia – min. 2 zrealizowane dostawy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca – nazwa zamawiającego, telefon | Data wykonania | Przedmiot wykonanej usługi | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |  |
| 4  |  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)