



POWIAT
KIELECKI



Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

szpitalprosta.pl e-mail: szpital@szpgin.kielce.pl

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

Kielce 04.05.2022r.

Znak sprawy: SAG ZPO-05/2022

W korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

W postępowaniu prowadzonym w związku z art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) na:

„Zakup i dostawę gazów medycznych”

Zamawiający:

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach
ul. Prosta 30, 25-371 Kielce

- I. Opis przedmiotu zamówienia:** Przedmiotem zaproszenia do składania ofert jest zakupu i dostawa gazów medycznych obejmujących tlen ciekły medyczny wraz z dzierżawą zbiornika, tlenu sprężony medyczny, dostawę podtlenu azotu medycznego, dwutlenku węgla medycznego wraz z dzierżawą butli i transportem.
- Dostawę należy prowadzić sukcesywnie, zgodnie z zamówieniami częściowymi zgłaszanymi przez Zamawiającego telefonicznie lub e-mailem, czas dostawy do siedziby Zamawiającego wynosi dla:
- tlenu medycznego ciekłego – maksymalnie do 5 dni od złożenia zamówienia
 - tlenu medycznego w butlach – maksymalnie do 5 dni od złożenia zamówienia
 - tlenu medycznego sprężonego w butlach – maksymalnie do 5 dni od złożenia zamówienia
 - podtlenu azotu butlach – maksymalnie do 5 dni od złożenia zamówienia
 - dwutlenku węgla medycznego w butlach – maksymalnie do 5 dni od złożenia zamówienia
1. Szczegóły dotyczące przedmiotu zamówienia oraz ilość określa oferta asortymentowo-cenowa stanowiąca Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert.
 2. Informacje w zakresie zasad realizacji dostaw, wynagrodzenia itp. określa wzór umowy stanowiący Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert.
 3. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia zaproszenia do składania ofert bez podawania przyczyny
- II. Wykaz wymaganych dokumentów, które stanowią kompletną ofertę**
1. Oferta cenowa – Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert.
 2. Oferta asortymentowo-cenowa - Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert
 3. Oświadczenie/projekt umowy – Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert zaakceptowany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy.
 3. Aktualny odpis z lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru w celu potwierdzenia zdolności do występowania w obrocie gospodarczym.
 4. Pełnomocnictwo – do reprezentowania Wykonawcy w zaproszeniu do składania ofert i zawarciu umowy, jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę w postępowaniu



POWIAT
KIELECKI



Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

szpitalprosta.pl e-mail: szpital@szpgin.kielce.pl

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

o udzielenie zamówienie jest wskazana do reprezentacji we właściwym rejestrze lub centralnej ewidencji działalności gospodarczej.

5. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania w Polsce zgodnie z obowiązującymi Dyrektywami UE i zgodnie z wymaganiami Ustawy dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych . (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1565) i Certyfikaty CE. W przypadku, kiedy zaproponowany asortyment nie wymaga w/w dokumentu, należy załączyć stosowne oświadczenie.
6. Ważne zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w zakresie obrotu gazami medycznymi w przypadku gdy Wykonawca jest dystrybutorem, lub ważne zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wytwarzanie produktów leczniczych (gazów medycznych) jeżeli Wykonawca jest wytwórcą, lub w przypadku prowadzenia składu konsygnacyjnego, składu celnego – zezwolenie na prowadzenie składu konsygnacyjnego, składu celnego zawierające uprawnienie przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie obrotu produktami leczniczymi.

III. Termin realizacji zamówienia

Sukcesywna dostawa w terminie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

IV. Termin płatności:

Przelew – 30 dni

V. Kryterium oceny oferty:

1. Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryterium:

CENA – 100%

Zamawiający do realizacji zamówienia wybierze ofertę Wykonawcy, który proponuje najniższą cenę

VI. KLAUZULA INFORMACYJNA

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:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach ul. Prosta 30, 25-371 Kielce.**

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie Zaproszenia do składania ofert;

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Ustawę o dostępie do informacji publicznych (tj. Dz.U. 2018 poz. 1330).

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 4 lat od dnia zakończenia



POWIAT
KIELECKI



Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

szpitalprosta.pl e-mail: szpital@szpgin.kielce.pl

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

5. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. 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;

7. 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.

VII. Faktury elektroniczne

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 3 z dnia 9 listopada 2018r „o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2020r. poz. 1666) Zamawiający wyłącza stosowanie ustrukturyzowanych faktur elektronicznych do przedmiotowego zamówienia

VIII. Osoba upoważniona do kontaktów

Anita Cieślik

Sekcja Zamówień Publicznych

tel. 41/20-13-815

mail: a.cieslik@szpitalprosta.pl

IX. Adres do korespondencji

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

- Szpital Specjalistyczny w Kielcach

ul. Prosta 40

25-371 Kielce

Strona internetowa na której zamieszczono zaproszenie do składania ofert:

www.szpitalprosta.pl



POWIAT
KIELECKI



Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka

Szpital Specjalistyczny w Kielcach

25-371 Kielce ul. Prosta 30

tel. 41 2013 800 tel. sekretariat: 41 2013 802 fax: 41 2013 999

szpitalprosta.pl e-mail: szpital@szpgin.kielce.pl

NIP: 657-17-41-141 REGON: 290503911 KRS: 0000125437

Bank Pekao S.A. 69 1240 4416 1111 0000 4963 3393

X. Składanie ofert

1. Ofertę w postaci papierowej należy złożyć siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Szpitala) na adres wskazany powyżej z dopiskiem: **zakup i dostawa gazów medycznych. Znak sprawy ZPO-04/2021.** Na odwrocie koperty należy podać nazwę i adres Wykonawcy składającego ofertę.
2. Ofertę w formie elektronicznej należy przesłać na adres a.cieslik@szpitalprosta.pl w postaci papierowej należy złożyć siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Szpitala) z dopiskiem „Oferta na dostawę gazów medycznych”.
2. Oferta winna być podpisana przez osobę/y upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.
3. **Ofertę w postaci elektronicznej lub papierowej należy złożyć do dnia 12.05.2022r. do godz. 10:00.**
4. Oferty niekompletne lub niepodpisane jak również oferty, które wpłyną po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.
5. Informację o wyborze Wykonawcy i udzieleniu zamówienia Zamawiający zamieści na stronie internetowej www.szpitalprosta.pl.

Zatwierdzam

DYREKTOR
R. Szpak
dr inż. Rafał Szpak