

Znak sprawy: DAT.241.15.2021.2.MJA

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na „Sukcesywną dostawę testów diagnostycznych na potrzeby Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ.”

Postępowanie prowadzone zgodnie z regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości mniejszej niż 130 000 złotych

1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS: 0000062603, adres: ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław, NIP: 8942460800, REGON: 000313331, BDO 000117707

2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Kod CPV-33600000-6 – Produkty farmaceutyczne

Przedmiotem zamówienia jest:

Sukcesywna dostawa testów diagnostycznych na potrzeby Przychodni Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ zgodnie z wykazem asortymentowym w załączniku nr 2 do zapytania, bezpośrednio do jednostek W CZ SPZOZ:

L.p.	Nazwa Przychodni	Adres
1	Przychodnia „GRABISZYN”	Ul. Stalowa 50, Wrocław
2	Przychodnia „KOZANÓW”	Ul. Dokerska 9, Wrocław
3	Przychodnia „STARE MIASTO”	Pl. Dominikański 6, Wrocław
4	Przychodnia „STABŁOWICE”	Ul. Stabłowska 125, Wrocław
5	Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień	Ul. Samuela Lindego 19-21, Wrocław
6	Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień w tym: Poradnia Profilaktyczno-Lecnicza Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych oraz Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz Dział Farmacji	Ul. Wszystkich Św.2, Wrocław
7	Centrum Zdrowia Psychicznego +	Ul. Ostrowskiego 13c, Wrocław

- Zamawiający wymaga, by oferowane testy posiadały aktualne wymagane prawem zezwolenia dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne.
- Gwarancja: Dostarczane testy muszą posiadać min. 12 miesięczny termin ważności, liczony od dnia odbioru danego testu przez Zamawiającego.

3. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie stosował następujące kryteria:

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert niepodlegających odrzuceniu przy zastosowaniu poniższych kryteriów:

3.1. cena „C” – 100%,.

4. Miejsce realizacji zamówienia:

Przychodnie Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ, wymienione w pkt. 2 niniejszego zapytania ofertowego.

5. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę i adres Oferenta, którego ofertę wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie zawarta umowa z Wykonawcą, na 12 m-cy, od dnia podpisania umowy (wzór umowy-zał. 3. W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Wykonawcę, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 30.08.2021r do godz. 12.00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróźnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 8:00-15:00

Zamawiający dopuszcza również składanie e-mailem mjaczynska@spzoz.wroc.pl

7. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 2

Oferta musi być podpisana przez uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem mjaczynska@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

- Marta Jacożyńska, tel. 71 391 17 59

9. Warunki płatności za przedmiot zamówienia: Zapłata wynagrodzenia na rzecz Wykonawcy z tytułu dostawy dokonana będzie po odbiorze towaru w jednostce zamawiającej, na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty jej doręczenia Zamawiającemu.

Załączniki do zapytania ofertowego:

- załącznik nr 1 – formularz ofertowy;
- załącznik nr 2 – formularz asortymentowo-cenowy;
- załącznik nr 3 – umowa;
- załącznik nr 4 – klauzula RODO

Pracownik merytoryczny:
Marta Jacożyńska
Specjalista ds. Administracyjno-Technicznych

Specjalista
ds. Administracyjno-Technicznych

Marta Jacożyńska

Zatwierdził:

.....
Wrocław, dnia 23.08.2014

Dyrektor
Wojciech Skiba

Kierownik
Działu Administracyjno-Technicznego

Agnieszka Miłobędzka