

Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Sp. z o. o  
Ul. M.C. Skłodowskiej 10  
41-800 Zabrze

**ZAPRASZA  
DO ZŁOŻENIA OFERTY**

Przedmiot zamówienia:

**Usługa farmaceutyczna polegająca na sporządzaniu mieszanin do żywienia pozajelitowego na podstawie indywidualnych zleceń lekarskich dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o. o**

*TRYB: Postępowanie prowadzone będzie na podstawie obowiązującego w Szpitalu Regulaminu udzielania zamówień o wartości poniżej 130.000 zł lub 30.000 EURO w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych*

**Czas trwania umowy**

Umowa na czas określony- 24 miesiące od dnia podpisania umowy

**Warunki udziału w postępowaniu**

O udzielenie zamówienie mogą ubiegać się oferenci, którzy spełnią następujące warunki:

- 1) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia lub przedstawią pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia;
- 3) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

**Warunki dodatkowe wymagane od Wykonawców:**

- 1) zaoferują minimalny termin płatności do 30 dni
- 2) zaoferują minimalny okres gwarancji na usługę (ważność worka żywieniowego) 24 godz.
- 3) zaoferują wzory recept (zamówień) na żywienie pozajelitowe
- 4) zaoferują produkty lecznicze posiadające wszelkie wymagane prawem dokumenty będące podstawą do obrotu na terenie Polski lekami i wyrobami medycznymi,

**Dokumenty wymagane:**

- formularz ofertowy z wykorzystaniem wzoru
- formularz a-c wraz z opisem parametrów oraz oferowanymi cenami ( załącznik nr 1 )
- wzory recept (zamówień) na żywienie pozajelitowe (załącznik nr 2)
- aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
- dokumenty potwierdzające uprawnienie osób podpisujących ofertę, o ile nie wynikają z przepisów prawa

- lub innych dokumentów rejestrowych
- oświadczenie potwierdzające odpowiednio, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.

#### **Miejsce oraz termin składania ofert**

1. Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. Z o.o.  
ul. M.C. Skłodowskiej 10  
41-800 Zabrze

drogą mailową ([apteka@klinika-zabrze.med.pl](mailto:apteka@klinika-zabrze.med.pl))

sekretariat /budynek administracji

**do dnia 12.07.2022. do godz. 12<sup>00</sup>**

O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi odrębnym pismem.  
Umowa zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z danych zawartych w ofercie.

#### **Kryteria oceny złożonych ofert**

Dokonując oceny złożonych ofert łącznie będą brane pod uwagę następujące kryteria

##### **1. Cena - 100%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie ceny podanej przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 Do kryterium ceny będzie brana pod uwagę łączna wartość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania umowy, tj.24 miesięcy

#### **W załączeniu:**

1. Formularz ofertowy załącznik nr 1
2. Projekt umowy załącznik nr 2
3. Formularz asortymentowo-cenowy załącznik nr 3

#### **Dane do kontaktu:**

32 373-23-78

[apteka@klinika-zabrze.med.pl](mailto:apteka@klinika-zabrze.med.pl)

PREZES ZARZĄDU

  
Krzysztof Żabicki

podpis Zamawiającego  
(oryginał do wglądu w Aptece Szpitalnej)