

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

**ZAPRASZA  
DO ZŁOŻENIA OFERTY**

Przedmiot zamówienia:

**DOSTAWA 30 SZT PROTEZ GŁOSOWYCH TYPU PROVOX (DO WYBORU PRZEZ ZAMAWIAJACEGO TYPU PROVOX PUNKTURE SET, PROVOX VEGA, PROVOX VEGA XTRAL SEAL) DLA BLOKU LARYNGOLOGII SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W ZABRZU SP. Z O. O**

CPV : 33184200-5

---

*Postępowanie prowadzone będzie zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy PZP*

**Czas trwania umowy**

Umowa na czas określony- 12 miesięcy od dnia podpisania umowy

**Warunki udziału w postępowaniu**

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

1. posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności
2. posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponują osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
3. znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

**Warunki dodatkowe wymagane od Wykonawców:**

- 1) zapewniają transport
- 2) zaoferują minimalny termin płatności do 30 dni
- 3) zaoferują minimalny okres gwarancji 12 miesięcy
- 4) zaoferują produkty odpowiadające wszelkim wynikającym z przepisów prawa powszechnego wymaganiom i spełnia wszelkie normy umożliwiające wykorzystywanie go do zamierzonego celu, który znany jest Wykonawcy

**Dokumenty wymagane:**

- formularz ofertowy z wykorzystaniem wzoru- załącznik nr 1
- 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.
- dokumenty wskazane w zał. 3

### Miejsce oraz termin składania ofert

1. Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. M.C. Skłodowskiej 10  
41-800 Zabrze  
sekretariat /budynek administracji/

**do dnia 25.11.2021 (CZWARTEK)**

Oferty złożone po terminie będą zwrócone wykonawcom bez otwierania.

**Oferty można składać nie tylko w formie pisemnej ale też/ lub elektronicznej na adres:**  
[apteka@klinika-zabrze.med.pl](mailto:apteka@klinika-zabrze.med.pl)

- 2 O miejscu i terminie podpisania umowy zamawiający powiadomi odrębnym pismem
3. 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 - 97%

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. 12 miesięcy

#### 2. Kryterium Termin płatności – 3%

Kryterium terminu płatności będzie rozpatrywane na podstawie zaproponowanego terminu płatności podanego przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1.  
Wymagany minimalny termin płatności to **30 dni**, a maksymalny możliwy do zaoferowania termin płatności to **60 dni** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.  
Minimalny termin płatności otrzymuje 0 pkt. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania to 5 pkt. Co oznacza, że:

- 30- 34 dni– 0 pkt
- 35-40 dni – 1 pkt
- 41-45 dni – 2 pkt
- 46-50 dni - 3 pkt
- 51-55 dni - 4 pkt
- 56-60 dni - 5 pkt

### PUNKTACJA

**Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:**

cena najniższa spośród ofert  
P = \_\_\_\_\_ x 97%  
cena badanej oferty

**Punktacja „ termin płatności” będzie obliczona na podstawie wzoru:**

$$T = \frac{\text{Ilość punktów uzyskana przez oferenta}}{\text{Max. 5 pkt}} \times 3\%$$

**Wynik = P + T**

**Oferta najkorzystniejsza otrzyma max ilość punktów. Pozostałe oferty otrzymają proporcjonalnie mniejszą ilość punktów.**

### **Wynik**

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa oferty, zaokrąglony do 4 miejsc po przecinku. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, który uzyska najwyższą ilość punktów.

### **Uwaga**

Zamawiający udziela odpowiedzi na zapytania dotyczące warunków konkursu doręczone w formie pisemnej na adres mailowy [apteka@klinika-zabrze.med.pl](mailto:apteka@klinika-zabrze.med.pl) Zamawiającego w terminie do dnia **24.11.2021**  
Odpowiedzi udzielane będą elektronicznie w terminie 1 dnia roboczego od dnia doręczenia elektronicznego

### **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)

---

podpis Zamawiającego