Łódź dn. 25.02.2025r

**Nr sprawy:** **APT / 17 / 2025**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Dotyczy: dostawy wyrobów medycznych dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

Prowadzone na podstawie art. 2 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1320.)

**l. ZAMAWIAJĄCY**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62 NIP: 729-23-45-599.

**Il. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Zgodnie z załącznikiem nr 2 — Formularz asortymentowo-cenowy.

1. INNE WARUNKI I POSTANOWIENIA:
   1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
   2. Wykonawca dostarczy towar fabrycznie nowy, oryginalnie zapakowany, wolny od wad fizycznych i prawnych do Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w dniach roboczych od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 — 14.00.

**III. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi sukcesywnie w okresie **12 miesięcy** w terminie od dnia podpisania umowy.
2. Zamówienia częściowe będą składane na adres e-mail Wykonawcy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezrealizowania całości przedmiotu zamówienia.

**IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty w formie podpisanych skanów lub dokumentów podpisanych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym:
   1. Formularz ofertowy — załącznik nr 1.
   2. Formularz asortymentowo-cenowy — załącznik nr 2.
   3. 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, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
   4. Pełnomocnictwo do reprezentacji Wykonawcy, jeżeli uprawnienie do podpisania oferty i poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem nie wynika z KRS lub CEIDG.
   5. Oświadczenie Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego – załącznik nr 3
   6. Zaakceptowany wzór umowy – załącznik nr 4.
   7. Zamawiający wymaga, aby wraz z ofertą zostały złożone, oryginalne ulotki producenta, katalogi, ulotki o produkcie, karty danych technicznych w języku polskim potwierdzających wymagane parametry oferowanego przedmiotu zamówienia (jeśli oryginalna dokumentacja jest w innym języku niż język polski to Wykonawca dostarczy wraz z oryginałem tłumaczenie na język polski) – w zakresie niezbędnym do oceny parametrów bezwzględnie wymaganych określonych w załączniku nr 2.

**V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Sposób złożenia oferty (opcjonalnie):
   1. Ofertę wraz z dołączonymi skanami dokumentów, należy przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres [nsl@kopernik.lodz.pl](mailto:nsl@kopernik.lodz.pl) z dopiskiem:

**„OFERTA NA DOSTAWY WYROBÓW MEDYCZNYCH NR SPRAWY: APT / 17/ 2025”**

* 1. Termin składania ofert: do dnia**03.03.2025 r. do godziny 10:00**

1. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
2. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
3. Termin związania ofertą : 30 dni, licząc od dnia składania ofert.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od udzielenia zamówienia bez podania przyczyny

**VI. OCENA OFERT**

1. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
2. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | Kryterium | Ranga |
| 1. | Cena | 100% |

Sposób oceny:

Zamawiający wybierze ofertę, która spełnia wszystkie wymogi z opisem przedmiotu zamówienia oraz uzyska łącznie najwyższą liczbę punktów.

**VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawca na warunkach opisanych w załączniku nr 4 - Wzór umowy.

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

1. Wszelkie zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego należy składać za pośrednictwem poczty elektronicznej:

w zakresie merytorycznym:

p. Przemysław Rokicki – [p.rokicki@kopernik.lodz.pl](mailto:p.rokicki@kopernik.lodz.pl) Apteka Szpitalna , tel. 42 689 51 01

w zakresie formalnym:

p. Ewa Grodzicka – [nsl@kopernik.lodz.pl](mailto:nsl@kopernik.lodz.pl) Sekcja Analiz i Strategii Logistycznych dla Apteki Szpitalnej, tel. 42 689 50 28.

Odpowiedzi na zapytania Zamawiający udzieli na stronie na, której ukazało się ogłoszenie**.**

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik nr 1. - Formularz oferty

Załącznik nr 2. - Formularz asortymentowo-cenowy

Załącznik nr 3. - Oświadczenie Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

Załącznik nr 4. - Wzór umowy