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 05.02.2021r.

Znak sprawy: ZPO-01/2021
W korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

W postępowaniu prowadzonym w związku z art. 2ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2019 r. poz. 2019) na: **„zakup i dostawa odczynników hematologicznych wraz z dzierżawą analizatora"**

I. Zamawiający:

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

1. **Opis przedmiotu zamówienia:** Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego (Medyczne Laboratorium Diagnostyczne) odczynników hematologicznych oraz materiałów do kontroli i kalibracji wraz z dzierżawą analizatora do hematologii z CRP.
2. Szczegóły dotyczące przedmiotu zamówienia oraz ilość określa oferta asortymentowo-cenowa stanowiąca Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert.
3. Informacje w zakresie zasad realizacji dostaw, wynagrodzenia itp. określa wzór umowy stanowiący Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia zaproszenia do składania ofert bez podawania przyczyny.

II. Wykaz wymaganych dokumentów, które stanowią kompletną ofertę

1. Formularz Oferty – 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.
4. 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.
5. Pełnomocnictwo – do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu albo do reprezentowania Wykonawcy w zaproszeniu do składania ofert i zawarciu umowy, jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę w postępowaniu o udzielenie zamówienie jest wskazana do reprezentacji we właściwym rejestrze lub centralnej ewidencji działalności gospodarczej.
6. Prospekty, katalogi, foldery lub opisy w języku polski potwierdzające parametry techniczne oferowanego analizatora hematologicznego oraz spełnianie wymagań technicznych stawianych przez Zamawiającego, wraz z ich zaznaczeniem
7. Dokumenty potwierdzające, że oferowany asortyment dopuszczony jest do obrotu na terenie RP i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020r. poz. 186 ze zm.), tj. posiadają, zgodnie z przyjętą klasyfikacją, następujące dokumenty:

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

a) Certyfikat CE i/lub Deklarację zgodności,
b) Dokument potwierdzający zgłoszenie i/lub wpis do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania (dotyczy wyrobów objętych obowiązkiem zgłoszenia/wpisu do ww. rejestru, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami)
UWAGA! Jeżeli zgodnie z obowiązującymi przepisami oferowane w zaproszeniu do składania ofert wyroby nie wymagają posiadania któregoś z ww. dokumentów – **Wykonawca składa stosowne oświadczenie z zaznaczeniem, której pozycji ono dotyczy.**

IV. Termin realizacji zamówienia

1. Termin realizacji – **36 miesięcy** od daty zawarcia umowy
2. Dostawy należy prowadzić sukcesywnie, zgodnie z zamówieniami częściowymi zgłaszanymi przez Zamawiającego telefonicznie, faksem lub e-mailem, czas dostawy do siedziby Zamawiającego **nie może być dłuższy niż 14 dni** od chwili otrzymania zgłoszenia. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w dni robocze (od poniedziałku do piątku). Jeżeli termin dostawy upływa w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy Zamawiającego, dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.

Dostawę analizatora do oznaczania badań hematologicznych z CRP należy wykonać w terminie **do 6 tygodni** od daty zawarcia umowy

V. Termin płatności:

Przelew – 30 dni

VI. Kryterium oceny oferty:

1. Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryterium:
CENA – 100%
Zamawiający do realizacji zamówienia wybierze ofertę Wykonawcy, który zaproponuje najniższą cenę

VII. 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

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

udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Ustawę o dostępie do informacji publicznych (tj. Dz.U. 2018 poz. 13300).
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 4 lat od dnia zakończenia 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.

VIII. 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 2018r. poz. 2191) Zamawiający wyłącza stosowanie ustrukturyzowanych faktur elektronicznych do przedmiotowego zamówienia

IX. Osoba upoważniona do kontaktów

Anita Cieślik
Sekcja Zamówień Publicznych
tel. 41/20-13-815
mail: a.cieslik@szpitalprosta.pl

X. Adres do korespondencji

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka
- Szpital Specjalistyczny w Kielcach
ul. Prosta 40
25-371 Kielce

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

Strona internetowa na której zamieszczono zaproszenie do składania ofert: www.szpgin.kielce.pl

XI. Składanie ofert

1. Ofertę w postaci papierowej należy złożyć siedzibie Zamawiającego (Sekretariat Szpitala) na adres wskazany powyżej z dopiskiem: **zakup i dostawa odczynników hematologicznych wraz z dzierżawą analizatora. Znak sprawy ZPO-01/2021.** 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 worków foliowych na odpady".
2. Oferta winna być podpisana przez osobę/y upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.
3. **Ofertę w postaci elektronicznej lub papierowej należy złożyć do dnia 15.02.2021r. do godz. 10:00.**
4. Oferty niekompletne lub niepodpisana jak również oferty, która wpłyną po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.
5. Informację o udzieleniu zamówienia Zamawiający zamieści na stronie internetowej **www.szpgin.kielce.pl** niezwłocznie po zawarciu umowy.

Zatwierdzam