Warszawa, dnia 23 marca 2022 r.

# ZAPYTANIE OFERTOWE

o zamówienie publiczne prowadzone bez zastosowania przepisów ustawy

Prawo Zamówień Publicznych

Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny z siedzibą w Warszawie zwraca się z prośbą o przesłanie oferty na:

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa Hialuronianu sodu 1,8% (18mg/ml) w sterylnej amułkostrzykawce a 0,85 ml z kaniulą jednorazowego użytku w sterylnym blistrze dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie.

1. **Tryb udzielania zamówienia:**
2. Niniejsze postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie otwartego zapytania ofertowego.
3. Postępowanie, którego dotyczy niniejszy dokument oznaczone jest znakiem: **ZO/1/2022/DF.**
4. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 ze zm.) ustawy PZP nie stosuje się do niniejszego postępowania, gdyż wartość zamówienia jest mniejsza od kwoty 130 000 złotych.
5. Do czynności podejmowanych przez Zamawiającego i wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia mają zastosowanie postanowienia niniejszego „Zapytania ofertowego” a w sprawach nieuregulowanych przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny
(tj. Dz.U. z 2020 r., poz. 1740).
6. Wykonawcy winni we wszelkich kontaktach z Zamawiającym powoływać się na wyżej podane oznaczenie.
7. **Dokumenty wymagane do przedłożenia przez Wykonawcę wraz z ofertą:**
8. deklaracja zgodności WE, oferowanych wyrobów medycznych, wystawiona zgodnie z ustawą z dnia 20 maja  2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 1565)
9. Certyfikat CE
10. materiały producenta, ulotki informacyjne, instrukcje obsługi itp., dotyczące oferowanych wyrobów, potwierdzające parametry wymagane przez Zamawiającego określone w Opisie przedmiotu zamówienia
11. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
12. Dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania wykonawcy (*w przypadku, gdy uprawnienie do podpisania oferty nie wynika z dokumentu rejestrowego Wykonawcy - KRS lub CEIDG - należy załączyć stosowne pełnomocnictwo) -* jeśli dotyczy.
13. **Miejsce przesłania oferty:**
* SP Kliniczny Szpital Okulistyczny ul. Marszałkowska 24/26, 00-576 Warszawa, Dział Farmacji Szpitalnej w godzinach 9.00 – 14.00 od poniedziałku do piątku

lub

* mail: apteka@spkso.waw.pl – wymagany podpis elektroniczny na wszystkich przesłanych dokumentach
1. **Termin składania oferty i próbek:**

 01 kwietnia 2022 r. godz.14.00

1. **Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty:**
2. przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierował się ceną oraz jakością oferowanych produktów
3. dla oceny jakościowej Zamawiający prosi o dostarczenie próbek zgodnie z Załącznikiem nr 1 „Wykaz próbek”.
4. **Osoba do kontaktu:**

Monika Piotrowska

Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej

tel.: 573 332 697

mail: mpiotrowska@spkso.waw.pl

1. **Oświadczenie:**

Jeżeli są Państwo jedynym dystrybutorem w Polsce asortymentu wymienionego w niniejszym zapytaniu ofertowym to prosimy o dołączenie stosownego oświadczenia (zwierającego datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy).

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Wzór umowy

Monika Piotrowska

Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej

**Załącznik nr 1**

**WYKAZ PRÓBEK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PRODUKT - CHARAKTERYSTYKA** | **Ilość szt.****wymagana** | **Ilość szt.****dostarczona** | **Oferowany produkt**typ/nr kat. | **Numer serii****i data ważności** | **Produ**ce**nt**nazwa, kraj pochodzenia | **WYCENA PRÓBEK** |
| **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1 | Hialuronian sodu 1,8% (18mg/ml) w sterylnej amułkostrzykawce a 0,85 ml z kaniulą jednorazowego użytku w sterylnym blistrze. Ampułkostrzykawka kompatybilna z cewnikiem do kanaloplastyki ITRAK TM 250A | **2 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **Razem wartość próbek** |  |  |

***Uwaga –*** *Wykonawca zobowiązany jest do wpisania do tabeli wszystkich wymaganych informacji dotyczących oferowanych produktów, również dotyczących wyceny próbek. Informacje te są niezbędne do przeprowadzenia procedury ewidencyjnej.*

**Oświadczam, że:**

próbki dostarczone do testowania wyszczególnione w niniejszym załączniku do oferty, przekazane zostały nieodpłatnie w ramach prowadzonego postępowania dla zamówień o wartości poniżej 130 tys. zł. i nie podlegają zwrotowi.

.................................................................................................

 *Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*