



**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. Macieja z Miechowa  
86 – 320 Łasin  
ul. Radzyńska 4  
tel./fax. (0-56) 466 42 51**

Łasin, dnia 29.01.2025 r.

**Nr sprawy: 5/ZP/2025**

**ZAPYTANIE OFERTOWE  
poniżej 130 000 zł**

**I. Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, im. Macieja z Miechowa w Łasinie  
zaprasza do złożenia oferty na:

**„Środki dezynfekcyjne do skóry – zakup i dostawa do SPZOZ w Łasinie”.**

**II. Opis przedmiotu oraz zakres zamówienia:**

1. Szczegółowy opis zamówienia znajduje się w formularzu asortymentowo-cenowym – załączniku nr 2 do zapytania ofertowego, stanowiącym jednocześnie załącznik do formularza oferty, w wyniku niniejszego postępowania.
2. Oferowane produkty, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, muszą posiadać aktualne świadectwo rejestracji, atest, świadectwo jakości, deklarację zgodności lub zezwolenie dopuszczające do obrotu i stosowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, a ponadto właściwe oznakowanie opakowań zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. W przypadku czasowego wstrzymania w obrocie, wycofania, zaprzestania produkcji Wykonawca jest zobowiązany do wyceny asortymentu oraz wpisania adnotacji o braku dostępności.
4. Dostawy produktów leczniczych, zwanego dalej także produktami, będą odbywały się w dniach pracy Zamawiającego, w godz. 7:25 – 14:00, własnym staraniem Wykonawcy i na koszt Wykonawcy, do Działu Farmacji – Apteki szpitalnej, na następujących zasadach: produkty lecznicze będą następowały sukcesywnie po uprzednim złożeniu przez Zamawiającego zamówienia (telefonicznie, faksem, drogą elektroniczną lub w formie pisemnej), w maksymalnym terminie **3 dni** roboczych licząc od dnia przekazania przez Zamawiającego zamówienia.
5. Do dostarczonych produktów Wykonawca musi dołączyć ulotki w języku polskim zawierające wszystkie niezbędne dla bezpośredniego użytkownika informacje oraz instrukcje w języku polskim dotyczące magazynowania i przechowywania.
6. Wykonawca będzie wykonywał przedmiot zamówienia przy użyciu własnych narzędzi, materiałów, sprzętu i transportu. Dostawy sprzętu medycznego jednorazowego użytku obejmują także wniesienie. Koszty i ryzyko transportu, wniesienia, opakowania oraz ubezpieczenia na czas przewozu ponosi Wykonawca.
7. Przyjęte przez Zamawiającego w Formularzu asortymentowo – cenowym planowane ilości produktów są ilościami szacunkowymi. Zamawiający zastrzega prawo zamówienia w okresie



**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. Macieja z Miechowa  
86 – 320 Łasin  
ul. Radzyńska 4  
tel./fax. (0-56) 466 42 51**

obowiązywania umowy mniejszej lub większej ilości produktów w stosunku do ilości przyjętych w specyfikacji warunków zamówienia, stosownie do swoich potrzeb, przy czym zmiany te nie spowodują przekroczenia łącznej maksymalnej wartości umowy. Zamawiający zobowiązuje się do minimalnej realizacji zamówienia na poziomie nie mniejszym niż 40% łącznej maksymalnej wartości umowy.

8. Ewentualne zamówienie w okresie obowiązywania każdej z umów mniejszej lub większej ilości produktów leczniczych spowoduje zmiany ich cen podanych przez wykonawcę w ofercie, jak również z tego powodu nie będą przysługiwały wykonawcy żadne dodatkowe roszczenia w stosunku do zamawiającego.
9. Wykonawca zobowiązany jest do realizacji zamówienia z poszanowaniem zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Kod CPV:

**33600000-6 - Produkty farmaceutyczne**

### **III. Procedura i kryteria oceny oferty oraz opis sposobu obliczenia ceny:**

1. Zamówienie udzielane jest w trybie zapytania ofertowego poniżej wartości 130 tys netto.
2. Kryterium oceny ofert: najniższa cena – waga 100%
3. Opis sposobu obliczenia ceny:

$$P_c = \frac{C_{\min}}{C_{\text{Bad}}} \times 100 \text{ pkt}$$

$P_c$  – liczba punktów w zakresie ceny

$C_{\min}$  – najniższa cena spośród złożonych ofert

$C_{\text{bad}}$  – cena badanej oferty

4. Zamawiający dokona wyboru Wykonawcy, którego oferta po spełnieniu wszystkich wymagań określonych w niniejszym zapytaniu będzie zawierała najniższą cenę.

### **IV. Termin wykonania zamówienia:**

Termin realizacji zadania: sukcesywnie w ciągu 12 m-cy od dnia podpisania umowy.

### **V. Sposób przygotowania ofert:**

1. Oferty powinny być kompletne i zgodne z warunkami niniejszego zapytania.
2. Ofertę sporządza się na formularzu oferty stanowiącym Załącznik nr 1 do zapytania.
3. Oferta powinna być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, o ile nie



**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. Macieja z Miechowa  
86 – 320 Łasin  
ul. Radzyńska 4  
tel./fax. (0-56) 466 42 51**

wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę (np. zaświadczenia z właściwego rejestru lub ewidencji).

4. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, pismem czytelnym. Poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone podpisem osoby podpisującej ofertę.
5. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera Załącznik nr 2 do niniejszego zapytania który należy wypełnić i podpisać.
6. Odrzuceniu podlegają oferty:
  - niekompletne i zawierające braki formalne,
  - złożone po terminie lub które wpłynęły po terminie,
  - stanowiące czyn nieuczciwej konkurencji w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
  - niezgodne z wymaganiami stawianymi przez Zamawiającego.

#### **VI. Miejsce, sposób i termin składania ofert.**

Ofertę należy złożyć do dnia **05.02.2025 r. do godz. 10:00** w siedzibie Zamawiającego, tj.:

SPZOZ w Łasin  
SEKRETARIAT, pokój nr 2  
ul. Grudziądzka 2  
86 – 320 Łasin

w następujący sposób:

- **osobiście**;
- **za pośrednictwem poczty** (w zabezpieczonej kopercie z adresem zamawiającego i wykonawcy oraz adnotacją „*Oferta na środki dezynfekcyjne do skóry*”);

- **lub e-mailem: [przetargi@spzozlasin.pl](mailto:przetargi@spzozlasin.pl)**

#### **VII. Korespondencja:**

**Osoba do kontaktu:** Dorota Steinke, 56 466 42 03

**Wszelkie zapytania należy kierować na adres:** [przetargi@spzozlasin.pl](mailto:przetargi@spzozlasin.pl)

#### **VIII. Ochrona Danych Osobowych**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:



**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. Macieja z Miechowa  
86 – 320 Łasin  
ul. Radzyńska 4  
tel./fax. (0-56) 466 42 51**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej „administrator”) jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Macieja z Miechowa w Łasinie, ul Radzyńska 4 86-320 Łasin.
2. Jako administrator odpowiadamy za wykorzystanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana pracowników (dalej: Dane Osobowe) w sposób bezpieczny oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - elektronicznie na e-mail [iod@spzozlasin.pl](mailto:iod@spzozlasin.pl) lub na numer telefonu 530 221 231.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana Danych Osobowych jest realizacja zamówienia: „*Środki dezynfekcyjne do skóry – zakup i dostawa do SPZOZ w Łasinie*” a także ewentualnej, w związku z wygraniem ww. zamówienia, współpracy/umowy pomiędzy Panią/Panem a Administratorem, zwana dalej: "Umową", dla której przetwarzanie Danych Osobowych jest niezbędne.
5. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie dla celów związanych z zapytaniem ofertowym, a także ewentualną, w związku z wygraniem ww. zamówienia, realizacją Umowy i/lub do podjęcia niezbędnych działań przed i/lub po jej zawarciu.
6. Podanie Danych Osobowych nie jest obowiązkowe, ale niezbędne do uczestnictwa w przetargu, a także ewentualnie zawarcia i realizacji umowy z wybranym w przetargu Zleceniobiorcą.
7. Dane Osobowe będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres procedury przetargowej oraz ewentualnie przez okres realizacji Umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Dane Osobowe przechowywane będą do momentu żądania ich usunięcia, z wyłączeniem wyjątków przewidzianych przepisami obowiązującego prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uważa Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych przez administratora odbywa się z naruszeniem przepisów prawa.
11. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego spoza obszaru UE bądź EWG ani do organizacji międzynarodowych.
12. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

#### **IX. Formalności dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy**

Po dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający powiadomi Wykonawców, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty. Wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o formalnościach niezbędnych do zawarcia umowy.



Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
im. Macieja z Miechowa  
86 – 320 Łasin  
ul. Radzyńska 4  
tel./fax. (0-56) 466 42 51

**X. Załączniki do zapytania ofertowego:**

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

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łasinie

*Szymon Jagielski*

.....  
*Zamawiający*

**Sporządziła:**  
***Dorota Steinke***  
***SP ZOZ Łasin***  
***56 466 42 03***

