***Oznaczenie sprawy*: 30/ZP/2017**

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH

WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

postępowanie

o udzielenie zamówienia publicznego

w trybie przetargu nieograniczonego

**Nazwa zamówienia:**

**Dostawa do magazynu apteki szpitalnej wyrobów medycznych**

**i produktów leczniczych**

**Zamawiający:**

#### Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach

**32-100 Proszowice, ul. Kopernika 13**

**numer kierunkowy: 12**

**tel.: 386-52-14, faks: 386-52-58**

**e-mail:** [**dzp.zoz@poczta.fm**](mailto:dzp.zoz@poczta.fm)

**www.spzoz.proszowice.pl**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579  
z późniejszymi zmianami), zwanej dalej „ustawą”. Do czynności podejmowanych w postępowaniu przez Zamawiającego i Wykonawców stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

**Proszowice, Listopad 2017 r.**

# I.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa do magazynu apteki szpitalnej wyrobów medycznych i produktów leczniczych zgodnie z opisem zawartym w załączniku Nr 2 do SIWZ.

Przedmiot zamówienia został podzielony na dziesięć części - pakiet od I do X.

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Ofertę można składać do wszystkich części.

**Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień:**

33.14.00.00 - 3

33.69.00.00 – 3

W razie wątpliwości co do zgodności zaoferowanych wyrobów medycznych z zapisami SIWZ, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania Wykonawców do złożenia próbek zaoferowanego przedmiotu zamówienia.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.

**II**

**TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie zostanie udzielone w trybie przetargu nieograniczonego.

**III**

**PODWYKONAWCY**

Zamawiający dopuszcza powierzenie podwykonawcom wykonania części zamówienia. Zamawiający żąda, jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia, **wskazania tych części** zamówienia w ofercie (sporządzonej zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik 1 do SIWZ – formularz „Oferta”) i **podania firm podwykonawców**.

Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy, który nie jest podmiotem, na którego zdolnościach lub sytuacji Wykonawca polega na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp, w celu wykazania braku istnienia wobec niego podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składa oświadczenia (załącznik 3 i 3a) dotyczące tego podmiotu.

**IV.**

**TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Dostawy sukcesywnie w ciągu 11 miesięcy - Pakiet I – IX, w ciągu 7 miesięcy – Pakiet X od daty podpisania umowy wg pisemnych zamówień składanych przez Kierownika Apteki Szpitalnej lub jego zastępcę.

Termin realizacji zamówienia na dostawę przedmiotu zamówienia nie dłuższy niż 3 dni robocze od daty złożenia zamówienia faksem.

Zamówienia, które wpłyną do Wykonawcy po godzinie 12:00 będą traktowane jak przesłane następnego dnia roboczego o godzinie 8:00 rano. Dzień roboczy oznacza dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Dostawy odbywać się będą do magazynu medycznego Zamawiającego. Odbioru przedmiotu zamówienia dokonywać będzie osoba upoważniona przez Kierownika Apteki. Pracownik zobowiązany będzie sprawdzić dostawę pod względem ilościowym i asortymentowym na podstawie dokumentów dostawy.

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcy, Wykonawca odpowiada za działania, uchybienia i zaniedbania podwykonawcy tak, jak za własne działania, uchybienia i zaniedbania.

**V.**

**WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**1. O udzielenie zamówienia mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp, tj.:**

**1) nie podlegają wykluczeniu,**

**W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.**

**2) spełniają warunki udziału w postępowaniu, dotyczące:**

**a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów.**

Wykonawca, oferujący produkty lecznicze musi wykazać, że posiada uprawnienia do obrotu produktami leczniczymi.

**b) sytuacji ekonomicznej lub finansowej**

Wykonawca spełni powyższy warunek składając oświadczenie.

**c) zdolności technicznej lub zawodowej**

Wykonawca spełni powyższy warunek składając oświadczenie.

W odniesieniu do wymagań postawionych przez Zamawiającego, każdy z Wykonawców ubiegających się wspólnie o zamówienie, oddzielnie musi udokumentować, że nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt 1) ustawy Pzp.

**2**. Wykonawca może w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, w stosownych sytuacjach oraz w odniesieniu do konkretnego zamówienia, lub jego części, polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów, musi udowodnić zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

**3.** Przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW.**

**1. WYKAZ OŚWIADCZEŃ SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W CELU WSTĘPNEGO POTWIERDZENIA, ŻE NIE PODLEGA ON WYKLUCZENIU ORAZ SPEŁNIA WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU SKŁADANYCH WRAZ Z OFERTĄ.**

a) Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp), DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ( Załącznik nr 3 do SIWZ).

b) Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp), DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ( Załącznik nr 3a do SIWZ)

**Jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia – oświadczenia, o których mowa w pkt 1. a) i b), powinien złożyć każdy z Wykonawców.**

**2. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO W CELU POTWIERDZENIA OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 25 UST. 1 PKT 3 USTAWY PZP:**

a) Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1) ustawy;

**3. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO W CELU POTWIERDZENIA OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 25 UST. 1 PKT 1 USTAWY PZP:**

1) Zezwolenie na obrót produktami leczniczymi ( odpowiedni dokument):

- ważne zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) lub inny dokument w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, a w przypadku składania oferty na leki psychotropowe i odurzające odpowiednio wymagane zezwolenie;

- ważne zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) lub inny dokument na wytwarzanie produktów leczniczych jeżeli Wykonawca jest wytwórcą;

- zezwolenie na prowadzenie składu konsygnacyjnego zawierające uprawnienie przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego lub inny dokument w zakresie obrotu produktami leczniczymi w przypadku Wykonawcy prowadzącego skład konsygnacyjny.

1. **WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO W CELU POTWIERDZENIA OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 25 UST. 1 PKT 2 USTAWY PZP:**

Wyroby medyczne:

1. Deklarację zgodności producenta ( dotyczy każdej pozycji Wyrobu medycznego)
2. Certyfikat Jednostki Notyfikowanej (dotyczy klasy wyrobu medycznego : I sterylna, I z funkcją pomiarową, II a, II b, III.)
3. Oświadczenie Wykonawcy, o wprowadzeniu przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania zgodnie z art. 58 ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z 2010r.) - ( dotyczy wyrobów medycznych.)
4. Do wszystkich pozycji przedmiotu zamówienia należy załączyć ulotki informacyjne /foldery/katalogi zawierające opis oferowanego produktu w języku polskim - ( dotyczy wyrobów medycznych).

Produkty lecznicze:

Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu dokumentów dopuszczających oferowane produkty lecznicze do obrotu na terenie RP, zgodnie z ustawą z 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r Nr 45 poz. 271 z późniejszymi zmianami)

W przypadku, gdy Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, do oferty powinno być dołączone pełnomocnictwo dla ustanowionego pełnomocnika, o którym mowa w art. 23 ust. 2 ustawy Pzp.

Powyższe dotyczy również Wykonawców będących osobami fizycznymi tj. przedsiębiorców podlegających wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej, także tych, którzy prowadzą wspólnie działalność gospodarczą lub są wspólnikami **spółki cywilnej.**

Oświadczenia, dotyczące wykonawcy i innych podmiotów, na których zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy oraz dotyczące podwykonawców należy złożyć w oryginale.

Dokumenty inne niż oświadczenia mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, przez osoby podpisujące ofertę lub przez osoby upoważnione do poświadczenia zgodności z oryginałem kserokopii dokumentów – w takim przypadku wraz z dokumentami Wykonawca powinien przedłożyć dokumenty, z treści których wynika umocowanie do dokonania tej czynności.

Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.

**5. Dokumenty podmiotów zagranicznych.**

Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów o których mowa w części VI pkt 2a składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że

- nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.

Dokumenty powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w części VI pkt 5, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania Wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Dokumenty powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.

**6. Informacja na temat przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Wykonawca, w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

**VII.**

**SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI, ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI**

1. Zgodnie z wyborem Zamawiającego, komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2012 r. poz. 1529, z późn. zm.), osobiście, za pośrednictwem posłańca, faksu lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013 r. poz. 1422, z 2015 r. poz. 1844 oraz z 2016 r. poz. 147 i 615).
2. Do porozumiewania się z Wykonawcami uprawniona jest Marianna Maj, tel.: (12) 386 52 14, faks: (12) 386 52 58, e-mail: dzp.zoz@poczta.fm, w dniach od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 15.00.
3. Korespondencję w formie papierowej, Wykonawcy zobowiązani są wysyłać lub składać na adres: SEKRETARIAT Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice z dopiskiem „Dział Zamówień Publicznych – dotyczy Postępowania nr 30/ZP/2017”.
4. Przesłanie korespondencji na inny adres niż zostało to określone w pkt. 3, może skutkować niemożnością zapoznania się przez Zamawiającego z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.
5. Korespondencję przekazywaną drogą elektroniczną, wykonawcy zobowiązani są kierować na adres email: *dzp.zoz@poczta.fm* (Zamawiający zaleca przesyłanie zapytań dotyczących treści Specyfikacji drogą email w pliku WORD, ODT, PDF), fax:12 386-52-58.

**VIII.**

**WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

**IX.**

**TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca pozostanie związany złożoną ofertą **30 dni.** Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem ostatecznego terminu składania ofert.

**X.**

**OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, napisana pismem maszynowym, komputerowym lub nieścieralnym atramentem, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności, tj. własnoręcznie podpisana przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z zasadami reprezentacji Wykonawcy **(czytelny podpis wskazujący imię i nazwisko podpisującego, a jeżeli identyfikacji można dokonać w inny sposób (czytelnie napisane jest imię i nazwisko np. pieczęć imienna) - dopuszczalna jest forma skrócona.**
2. Oświadczenia należy złożyć w formie oryginału. Dokumenty inne niż oświadczenia należy przedstawić w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy.

Jeżeli oferta będzie podpisana przez pełnomocników, Wykonawca powinien dołączyć do

oferty pełnomocnictwa, z treści których wynika umocowanie do podpisania oferty przez

pełnomocników.

1. W przypadku, gdy Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, do oferty powinno być dołączone pełnomocnictwo dla ustanowionego pełnomocnika, o którym mowa w art. 23 ust. 2 ustawy.
2. Dla sporządzenia oferty należy wykorzystać formularz „Oferta” (Załącznik 1 do SIWZ). Do oferty należy dołączyć wypełniony i podpisany załącznik Nr 2 do SIWZ.
3. Cena oferty z formularza cenowego ( Załącznik Nr 2 do SIWZ) powinna być wpisana do odpowiedniej rubryki formularza „Oferta”.
4. Wszelkie poprawki powinny być dokonane czytelnie i zaparafowane przez osoby podpisujące ofertę.
5. Wykonawca może złożyć jedną ofertę. Oferta nie może zawierać rozwiązań wariantowych, w szczególności więcej niż jednej ceny.
6. Ofertę, należy umieścić w jednym nieprzejrzystym opakowaniu oznaczonym:

#### Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach

32-100 Proszowice, ul. Kopernika 13

Przetarg nieograniczony – znak sprawy: 30/ZP/2017

Dostawa **wyrobów medycznych/produktów leczniczych.**

OFERTA

Nie otwierać przed dniem: 07.12.2017 r., godz. 12:00.

oraz opatrzonym **nazwą i adresem Wykonawcy**.

# XI

**MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

Ofertę należy złożyć w siedzibie SP ZOZ w Proszowicach – SEKRETARIAT DYREKCJI Ip., Budynek Główny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach,   
ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice do dnia  **07.12.2017 r.** **do godz. 11:30**, co oznacza, że z upływem powyższego terminu oferta powinna fizycznie znaleźć się u Zamawiającego.

Zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy oferta złożona po terminie zostanie niezwłocznie zwrócona składającemu ją Wykonawcy.

**Oferty zostaną otwarte w siedzibie SP ZOZ w Proszowicach – Dział Zamówień Publicznych, ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice,** **w dniu 07.12.2017 r. o godz.12:00.**

Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian, poprawek itp. przed upływem terminu składania ofert.

Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych zasad jak składana oferta, z dopiskiem **„ZMIANA”**.

Koperty oznakowane dopiskiem „ZMIANA” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonania zmian, zostaną one dołączone do oferty.

Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia (wg takich samych zasad jak wprowadzanie zmian i poprawek) z napisem na zewnętrznej kopercie **„WYCOFANIE”.** Koperty oznakowane w ten sposób będą odczytywane w pierwszej kolejności. Po stwierdzeniu poprawności postępowania Wykonawcy w zakresie wycofania oferty, oferty wycofane nie będą otwierane.

**Tajemnica Przedsiębiorstwa**

Zamawiający informuje, że zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych oferty składane w postępowaniu są jawne i udostępnia się od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Pzp nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnice przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy Pzp.

**XII.**

**OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

Cena oferty uwzględnia wszystkie zobowiązania, musi być podana w PLN cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem należnego podatku VAT.

Cena może być tylko jedna za oferowany przedmiot zamówienia, nie dopuszcza się wariantowości cen.

Cenę należy obliczyć w następujący sposób:

Ilość x cena jednostkowa netto = wartość netto

Wartość netto x % stawka podatku VAT = wartość podatku VAT

Wartość netto + wartość podatku VAT = wartość brutto.

Wszystkie ceny i kwoty powinny być podane z dokładnością do jednego grosza.

**XIII.**

**KRYTERIUM OCENY OFERT, WAGI KRYTERIÓW, SPOSÓB OCENY OFERT**

Do oceny ofert zostanie zastosowane następujące kryterium oceny ofert:

**---------------------------------------------------------------------------------------------------**

**| Nazwa kryterium |Waga |**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------**

**|CENA | 100 % |**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------**

Zamawiający wybierze ofertę, która spełni wszystkie wymagania określone w ustawie Prawo zamówień publicznych i w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która przedstawi najniższą cenę.

Zastosowane własne wzory do obliczenia punktowego

**Nazwa kryterium: CENA**   
Wzór: C = [(Cmin/Cbad) x 100] x 100 %

Sposób oceny: punktacja 0-100 ilość punktów przyznanych zgodnie z wzorem   
*gdzie:*   
C - ilość punktów przyznanych dla kryterium cena   
Cmin - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert ocenianych   
Cbad - cena oferty badanej

100– maksymalna ilość punktów

100% - waga kryterium CENA

**XIV.**

**FORMALNOŚCI, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE**

**OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców, którzy złożyli oferty, o wyborze najkorzystniejszej oferty.
2. Wykonawcę, którego oferta została wybrana, Zamawiający niezwłocznie zawiadomi   
   o miejscu i terminie zawarcia umowy.
3. Przed zawarciem umowy Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie zobowiązany przekazać informacje niezbędne do przygotowania umowy, zgodnie ze wzorem umowy (Załącznik 4/4a do SIWZ),

**XV.**

WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA

UMOWY

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**XVI.**

**WZÓR UMOWY**

Wzór umowy zawarty jest w Załączniku 4/4a do SIWZ.

**XVII**.

**POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH**

**WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Środki ochrony prawnej określone w ustawie (odwołanie, skarga do sądu) przysługują Wykonawcy, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy.

1. Odwołanie przysługuje wyłącznie wobec czynności:

* określenia warunków udziału w postępowaniu,
* wykluczenia odwołującego z postępowania o udzielenie zamówienia,
* odrzucenia oferty odwołującego,
* opisu przedmiotu zamówienia,
* wyboru najkorzystniejszej oferty.

1. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej, opatrzone odpowiednio własnoręcznym podpisem albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
2. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby Zamawiający mógł zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
3. Odwołanie wnosi się w terminach określonych w art. 182 ustawy.
4. Szczegółowe postanowienia dotyczące odwołania zawarte są w przepisach art. 180 – 198 ustawy.
5. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej przysługuje skarga do sądu.
6. Do skargi mają zastosowanie przepisy art. 198a – 198g ustawy.

**XVIII.**

**DODATKOWE INFORMACJE**

1. Wszelkie czynności podejmowane przez Wykonawcę w toku Postępowania wymagają dla swej skuteczności dołączenia dokumentów potwierdzających uprawnienie osoby podpisującej do reprezentowania Wykonawcy. Powyższe nie dotyczy sytuacji, gdy Zamawiający dysponuje już odpowiednimi dokumentami złożonymi w toku Postępowania.

2. Zamawiający nie zamierza zwołać zebrania Wykonawców.

3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.

4. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w Postępowaniu, z wyjątkiem sytuacji opisanej w art. 93 ust. 4 ustawy Pzp.

5. Zamawiający nie przewiduje prowadzenia aukcji elektronicznej.

6. Zamawiający nie przewiduje stosowania dynamicznego systemu zakupów.

7. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.

8. Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

9. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.

10. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

11. Zamawiający nie przewiduje zamówień uzupełniających.

12. Rozliczenia z Wykonawcą będą prowadzone wyłącznie w walucie polskiej.

Załączniki do SIWZ:

Załącznik 1 – formularz ofertowy,

Załącznik 2 – opis przedmiotu zamówienia,

Załącznik 3, 3a – oświadczenia ,

Załącznik 4,4a– projekty umów.

Proszowice, dnia 29.11.2017 r. Zatwierdzam:

Oznaczenie sprawy: 30/ZP/2017

Załącznik Nr 1 do SIWZ

................................, dnia ....................

**OFERTA**

**w postępowaniu**

**o udzielenie zamówienia publicznego**

**w trybie przetargu nieograniczonego**

**Nazwa zamówienia:**

**Dostawa**

**do magazynu apteki szpitalnej wyrobów medycznych i produktów leczniczych.**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

**ul. Kopernika 13**

**32-100 Proszowice**

**Wykonawca** (należy wpisać pełną nazwę i adres):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel.:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Faks:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGON:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NIP:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wpis do właściwego rejestru** (należy podać nr w rejestrze np. KRS)**:** *jeżeli dotyczy*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oferujemy wykonanie zamówienia na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w tym w projekcie umowy stanowiącym załącznik 4/4a do SIWZ, który niniejszym akceptuję, za cenę:

Pakiet Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wypełnić dla każdego pakietu oddzielnie

a/ wartość netto: ……………….................................. zł

(słownie: .....................................................................................................................złotych)

b/ wartość podatku VAT ( …….% stawka podatku VAT) ……………………zł

(słownie: ………………………………………….....................................................złotych)

c/ wartość brutto:

Wartość netto + wartość podatku VAT = ………………………………………………zł

(słownie:..........................................................................................................................złotych.)

**Osoby do reprezentacji Wykonawcy (należy podać imię, nazwisko i funkcję w organie reprezentującym):**

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Osoba/y upoważniona/e do podpisania UMOWY w imieniu Wykonawcy**

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Powierzę podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia** *(należy wskazać* ***części zamówienia****, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz* ***podać firmy podwykonawców***)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informuję** Zamawiającego, że wybór oferty będzie/nie będzie**\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**\*\***:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wartość usługi bez kwoty podatku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**zł**.

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) wypełnia Wykonawca tylko w przypadku, gdy skreślił „nie będzie”

**Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą – tak/nie**

**Termin wykonania przedmiotu zamówienia :** Pakiet I – IX - 11 miesięcy od daty podpisania umowy, Pakiet X – 7 miesięcy od daty podpisania umowy.

**Warunki płatności** – przelew w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury.

Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem ostatecznego terminu składania ofert.

**Oświadczam, że jestem upoważniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję, w tym do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.**

*(pieczęć i podpis)*

Załącznik Nr 3 do SIWZ

Oznaczenie sprawy: 30/ZP/2017

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach**

**ul. Kopernika 13**

**32-100 Proszowice**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. Dostawa wyrobów medycznych/produktów leczniczych , prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach 32-100 Proszowice, ul. Kopernika 13*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w …………..…………………………………………………..………………………………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Załącznik 3 A do SIWZ

Oznaczenie sprawy: 30/ZP/2017

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach**

**ul. Kopernika 13**

**32-100 Proszowice**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. Dostawa wyrobów medycznych/produktów leczniczych prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach 32-100 Proszowice, ul. Kopernika 13*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 ustawy pkt 1 Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:…………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*