



**SZPITAL POWIATOWY**  
w Limanowej  
**Imienia Miłosierdzia Bożego**  
ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

Sekcja Zamówień Publicznych

fax: 18 3372 710

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl)

## OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie  
**przetarg nieograniczony – wartość zamówienia poniżej 30 000 €**  
w stosunku, do której nie stosuje się przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych  
na  
**Dostawa ziemniaków, warzyw i jabłek w 3 zadaniach częściowych**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, określa załącznik do IWZ pn. Formularz asortymentowo-cenowy**

Sygnatura: **NZ/54/D/Nu/A/2016**

Wspólny słownik Zamówień: 15300000-1 – Owoce, warzywa i podobne produkty

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy od daty podpisania umowy**

Termin związania ofertą: **30 dni**

W postępowaniu nie przewiduje się wnoszenia wadium.

Formularz zawierający Istotne Warunki Zamówienia w cenie 10.00 zł (brutto) można otrzymać w Sekcji Zamówień Publicznych, ul. Piłsudskiego 63, 34-600 Limanowa Przelew za IWZ na rachunek bankowy zamawiającego: BS Limanowa 67 8804 0000 0000 001394940182. IWZ w formie papierowej będzie wysłane na wniosek Wykonawcy z załączoną kopią dokonania przelewu za IWZ na numer faksu 18 3372 710.

Istotne Warunki Zamówienia są także dostępne na stronie internetowej szpitala [www.szpitallimanowa.pl](http://www.szpitallimanowa.pl)

Pracownikami upoważnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:  
w zakresie proceduralnym:

**1 Alicja Więcek** - Referent

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl) fax: 18 3372 710

w zakresie merytorycznym:

**1 Barbara Kołdras** - Kierownik Sekcji Żywności

e-mail: [awiecek@szpitallimanowa.pl](mailto:awiecek@szpitallimanowa.pl) fax: 18 3372 710

**Oferty należy składać w: siedzibie Zamawiającego, Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego, Sekcja Zamówień Publicznych, ul. Piłsudskiego 63, 34-600 Limanowa do dnia 2016-10-26 do godz.11:00.**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych

**Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki:

Lp.	Warunki
1	<b>Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
Bakteriologiczna



**SZPITAL POWIATOWY**  
w Limanowej  
**Imienia Miłosierdzia Bożego**

ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

2	<b>Wiedza i doświadczenie</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania wiedzy i doświadczenia. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
3	<b>Potencjał techniczny</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
4	<b>Osoby zdolne do wykonania zamówienia</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
5	<b>Sytuacja ekonomiczna i finansowa</b> O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

**W celu wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu należy przedłożyć:**

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Oświadczenie o spełnianiu warunków</b> Oświadczenie o spełnianiu warunków

**W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia należy przedłożyć:**

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Aktualny odpis lub oświadczenie poniżej 30 000 €</b> Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia 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 wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert

Dokumenty podmiotów zagranicznych:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Dokument potwierdzający, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości</b> Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przedkłada dokument wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania potwierdzający, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości - wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert

Inne wymagane dokumenty:

Lp.	Wymagany dokument
1	<b>Oświadczenie dotyczące bezpieczeństwa żywności i żywienia</b>

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
Bakteriologiczna





**SZPITAL POWIATOWY**  
w Limanowej  
**Imienia Miłosierdzia Bożego**

ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa  
www.szpitallimanowa.pl  
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

Oświadczenie potwierdzające, iż produkty będące przedmiotem zamówienia odpowiadają i będą odpowiadać w okresie trwania umowy określonym wymagom zgodnie z Ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 16.12.2005 r. (T.j. Dz.U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914 ze zm.)

**Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:**

Zamawiający będzie ocenił oferty według następujących kryteriów:

Nr	Kryterium	Waga
1	Cena	90%
2	Niezmienność cen	10%

Limanowa dnia: 2016-10-13

Szpital Powiatowy w Limanowej  
**ZASTĘPCA DYREKTORA**  
ds. Lecznictwa  
*[Signature]*  
**lek. med. Mariusz Bobula**

Centrala: 18 33 01 700  
Sekretariat: 18 33 01 780  
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935  
REGON: 000304378  
Konto: BS w Limanowej  
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA  
Bakteriologiczna



Zarządzanie  
Jakością  
ISO 9001:2008  
Systematycznie monitorowany

