

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W SZCZYZYCY**  
**Szczyrzyc 182**  
**34-623 Szczyrzyc**  
NIP 737-22-00-532; REGON 122443591  
tel. 18 3320 266; fax 18 3320 538  
www.dpsszczyrzyc.pl  
e-mail: zamowienia@dpsszczyrzyc.pl

## OGŁOSZENIE

o zamówieniu w trybie przetarg nieograniczony - procedura uproszczona  
wartość zamówienia poniżej 30 000 € na

### **Dostawy sprzętu medycznego i materiałów medycznych jednorazowego użytku**

**Znak sprawy: DPS.ZP-271-17/16**

**Wspólny Słownik Zamówień: 33140000-3 - Materiały medyczne**

Termin realizacji zamówienia: **do 31.12.2016r.**

Termin związania ofertą: 30 dni

W postępowaniu nie przewiduje się wnoszenia wadium.

Istotne Warunki Zamówienia są dostępne na stronie internetowej – [www.dpsszczyrzyc.pl](http://www.dpsszczyrzyc.pl)

Formularz zawierający Istotne Warunki Zamówienia w cenie 10.00 zł (brutto) można także otrzymać w siedzibie Zamawiającego. Przelew za IWZ na rachunek bankowy Zamawiającego: BS Limanova 86 8804 0000 0000 0019 6221 0002. IWZ w formie papierowej będą wysłane na wniosek Wykonawcy z załączoną kopią dokonania przelewu za IWZ na numer faksu 18 3320 538.

Pracownikiem upoważnionym do kontaktów z wykonawcami jest:

- w zakresie proceduralnym: **Ewelina Kadzik** – faks 18 3320 538, e-mail: [zamowienia@dpsszczyrzyc.pl](mailto:zamowienia@dpsszczyrzyc.pl)

- w zakresie merytorycznym: **Małgorzata Żabówka** – faks 18 3320 538, e-mail: [kierownikm@dpsszczyrzyc.pl](mailto:kierownikm@dpsszczyrzyc.pl)

**Oferty należy składać** w siedzibie Zamawiającego – Sekretariat

**do dnia 2016-12-19 do godz. 09:00.**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych ani częściowych.

**Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz innych wymaganych dokumentów:**

1. 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 ofert
2. 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
3. Formularz ofertowy – Oświadczenie o spełnianiu warunków
4. Oświadczenie Wykonawcy potwierdzające, że oferowane wyroby medyczne stanowiące przedmiot zamówienia spełniają wymagania prawne dotyczące dopuszczenia do obrotu na terenie RP, oraz posiadają wszelkie niezbędne atesty i świadectwa rejestracji zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107 poz. 679) i w razie potrzeby niezwłocznie udostępni je Zamawiającemu.

**W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy:**

- posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
- nie byli skazani prawomocnie za przestępstwa popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych;
- nie zalegają z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne;
- nie otwarto wobec nich likwidacji ani nie ogłoszono upadłości;
- spełniają wymagania określone w IWZ.

**Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie:**

Nr	Kryterium	Waga
1.	Cena (koszt)	100%

Zamawiający nie przewiduje prowadzenia aukcji elektronicznej.

Zamawiający dopuszcza możliwość zmian umowy na zasadach opisanych w umowie.

Szczyrzyc dnia: 2016-12-12

**DYREKTOR**  
Domu Pomocy Społecznej  
w Szczyrzycu

*mgr Małgorzata Kowalczyk*