



**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

**Dostawy w ośmiu zadaniach bielizny szpitalnej, noworodkowej, operacyjnej.**

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

Sygnatura: **NZ/73/D/Nu/A/2017**

Wspólny słownik Zamówień CPV: 39518000-6 Bielizna szpitalna, 33199000-1 Odzież medyczna, 39518200-8 Prześcieradła używane

na salach operacyjnych, 39512300-7 Pokrowce na materace

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące od daty zawarcia 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 Bożena Bugajska – Przełożona Pielęgniarek**

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 2017-12-14 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 |
|-----|---------|
|-----|---------|

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

|   |   |
|---|---|
| 1 | <b>Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania</b><br>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. |
| 2 | <b>Wiedza i doświadczenie</b><br>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><br>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><br>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><br>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, należy przedłożyć:

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

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

| Lp. | Wymagany dokument   |
|-----|---|
| 1   | <b>Aktualny odpis lub oświadczenie poniżej 30 000 €</b><br>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><br>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 |

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

**Inne wymagane dokumenty:**

| Lp. | Wymagany dokument   |
|-----|---|
| 1   | <b>Oświadczenie o dopuszczeniu do obrotu i używania - dot. zad. nr 2, 3, 4, 5</b><br>Oświadczenie Wykonawcy potwierdzające, że oferowane wyroby będące przedmiotem zamówienia są dopuszczone do obrotu i używania na terytorium RP zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010 r. o Wyrobach Medycznych t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 876 ze zm.<br>W przypadku wyrobów, które nie podlegają obowiązkowi wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20.05.2010 r. o Wyrobach Medycznych Wykonawca zobowiązany jest dołączyć oświadczenie o posiadaniu innych niż wyżej wymienione odpowiednich dokumentów dopuszczających te wyroby do obrotu i stosowania na terenie RP. - dla zadania nr 2, 3, 4, 5 oraz deklarację do przedłożenia na życzenie Zamawiającego tych dokumentów w okresie trwania umowy. |
| 2   | <b>Oświadczenie - norma PN-EN 13795 - dot. zad. nr 3, 4, 5</b><br>Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu dla oferowanego wyrobu wyniku badań tkaniny użytej do wykonania przedmiotu zamówienia przez niezależną jednostkę badawczą potwierdzającą zgodność oferowanego przedmiotu zamówienia z normą PN-EN 13795 i że na wezwanie Zamawiającego - Wykonawca niezwłocznie prześle kopie karty technicznej dla oferowanego wyrobu potwierdzającą w szczególności zgodność z wyżej wymienioną normą - dot. zad.3, 4, 5  |
| 3   | <b>Oświadczenie - norma PN-EN 13795 - dot. zad. nr 2</b><br>Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu dla oferowanego wyrobu wyniku badań tkaniny użytej do wykonania przedmiotu zamówienia przez niezależną jednostkę badawczą potwierdzającą zgodność oferowanego przedmiotu zamówienia z normą PN-EN 13795 w strefie krytycznej, natomiast w strefie niekrytycznej zgodność z wymienioną normą w zakresie pylenia oraz czystości pod względem cząstek stałych i że na wezwanie Zamawiającego - Wykonawca niezwłocznie prześle kopie karty technicznej dla oferowanego wyrobu potwierdzającą w szczególności zgodność z wyżej wymienioną normą - dla zadania nr 2, 3, 4, 5  |
| 4   | <b>Próbki</b><br>Próbkę tkaniny, którą Wykonawca zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia, próbka oznakowana nazwą Wykonawcy, spięta w sposób trwały z ofertą i stanowiąca załącznik do oferty- dotyczy poz I-III, - dla zadania nr 1<br>Próbkę tkaniny, którą Wykonawca zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia, próbka wyraźnie oznakowana nazwą Wykonawcy, spięta w sposób trwały z ofertą i stanowiąca załącznik do oferty. - dotyczy zadania nr 2, 3, 4, 5  |
| 5   | <b>Oświadczenie dotyczące stosowania w pom. klimatyzowanych - dot. zad. nr 2, 3, 4, 5</b><br>Oświadczenie Wykonawcy o możliwości stosowania oferowanego przedmiotu zamówienia w pomieszczeniach klimatyzowanych.- dla zadania nr 2, 3, 4, 5   |
| 6   | <b>Oświadczenie dotyczące kart technicznych</b><br>Oświadczenie Wykonawcy: iż na wezwanie Zamawiającego - Wykonawca niezwłocznie prześle kopie kart technicznych dla poszczególnych oferowanych wyrobów potwierdzających w szczególności gramaturę oraz inne parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia  |
| 7   | <b>Oświadczenie o dopuszczeniu do użytku i stosowania w placówkach służby zdrowia - dot. zad. 1, 6, 7, 8</b><br>Oświadczenie Wykonawcy o posiadanym dla oferowanego przedmiotu zamówienia dokumencie dopuszczającym do użytku i stosowania w placówkach służby zdrowia, który to dokument Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego. - dla zadania nr 1, 6, 7,8   |
| 8   | <b>Oświadczenie - bezpieczny dla dziecka - dot. zad. nr 6</b><br>Oświadczenie Wykonawcy o posiadanym dla oferowanego przedmiotu zamówienia certyfikatu „Bezpieczny dla dziecka.”  |

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

Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów

**Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:**

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

| Nr | Nazwa kryterium | Waga  |
|----|-----------------|-------|
| 1  | Cena            | 100 % |

Punkty przyznawane za powyższe kryteria będą liczone według następujących wzorów:

| Nr kryterium | Wzór   |
|--------------|--|
| 1            | Cena<br>$\text{Liczba punktów} = (C_{\min}/C_{\text{of}}) * 100 * \text{waga}$ gdzie:<br>- $C_{\min}$ - najniższa cena spośród wszystkich ofert<br>- $C_{\text{of}}$ - cena podana w ofercie |

Limanowa dnia: 2017-12-05

DYREKTOR  
Szpitala Powiatowego w Limanowej

mgr Marcin Radzięta

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