



**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: [lwegrzyn@szpitallimanowa.pl](mailto:lwegrzyn@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 dziewięciu zadaniach bielizny szpitalnej, noworodkowej, operacyjnej oraz mat podłogowych chłonnych**

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

Sygnatura: **NZ/04/D/Nu/LW/2019**

Wspólny słownik Zamówień: 39518000-6 - Bielizna szpitalna, 33199000-1 - Odzież medyczna, 39518200-8 - Prześcieradła używane na salach operacyjnych, 39518000-6 - Bielizna szpitalna, 39512300-7 - Pokrowce na materace, 39530000-6 - Dywany, maty i dywaniki

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące**

Termin związania ofertą: **30 dni**

W postępowaniu nie przewiduje się wnoszenia wadium.

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

Pracownikami upoważnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

w zakresie proceduralnym:

**1 Lidia Węgrzyn**

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

w zakresie merytorycznym:

**1 Bożena Bugajska – Przełożona Pielęgniarek**

e-mail: [lwegrzyn@szpitallimanowa.pl](mailto:lwegrzyn@szpitallimanowa.pl) tel: 18 3301 787

**Oferty należy składać w: siedzibie Zamawiającego, Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego, Sekcja Zamówień Publicznych, ul. Piłsudskiego 63, 34-600 Limanowa do dnia 2020-01-24 do godz.11:00.**

Zamawiający dopuszcza składanie 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.
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.

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





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

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

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</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 o dopuszczeniu do użytku i stosowania w placówkach służby zdrowia - dot. zad. 1, 6, 7, 8</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



REACOWNA  
Bakteriologiczna



## SZPITAL POWIATOWY

w Limanowej

Imienia Miłosierdzia Bożego

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

	<p>Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu dla oferowanego przedmiotu zamówienia dokumentu dopuszczającego 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</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
2	<p><b>Próbki - dot. Zadań 1, 2, 3, 4, 5</b></p> <p>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 - dla zadania nr 1</p> <p>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</p>
3	<p><b>Oświadczenie o dopuszczeniu do obrotu i używania - dot. zad. nr 2, 3, 4, 5, 9</b></p> <p>Oświadczenie Wykonawcy potwierdzające, że oferowane wyroby będące przedmiotem dostawy 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 2019 r. poz. 175</p> <p>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, 9</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
4	<p><b>Oświadczenie - norma PN-EN 13795 - dot. zad. nr 2</b></p> <p>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 na odporność i przenikanie cieczy, w strefie niekrytycznej zgodność z wymienioną normą w zakresie pylenia oraz czystości pod względem cząstek stałych i, że na wezwanie Zamawiającego- Wykonawca niezwłocznie kopię karty technicznej dla oferowanego wyrobu potwierdzającą w szczególności zgodność z w/w norm- dot. zad. 2</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
5	<p><b>Oświadczenie - norma PN-EN 13795 - dot. zad. nr 3, 4, 5</b></p> <p>Oświadczenie 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 kopię karty technicznej dla oferowanego wyrobu potwierdzającą w szczególności zgodność z w/w normą - dot. zad. 3, 4, 5</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
6	<p><b>Oświadczenie dotyczące stosowania w pom. klimatyzowanych - dot. zad. nr 2, 3, 4, 5</b></p> <p>Oświadczenie Wykonawcy o możliwości stosowania oferowanego przedmiotu zamówienia w pomieszczeniach klimatyzowanych.- dla zadania nr 2, 3, 4, 5</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
7	<p><b>Oświadczenie - bezpieczny dla dziecka - dot. zad. nr 6</b></p> <p>Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu dla oferowanego przedmiotu zamówienia certyfikatu „Bezpieczny dla dziecka.”</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia na życzenie Zamawiającego wymienionych dokumentów</p>
8	<p><b>Oświadczenie dotyczące kart technicznych – dot. wszystkich zadań</b></p> <p>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</p>

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



REACOWING  
Bakteriologiczna



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

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

**Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:**

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr	Kryterium	Waga
1	Cena	100%

Limanowa dnia: 2020-01-13

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego w Limanowej  
*dr 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



REACOWNSA  
Bakteriologiczna