



Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii  
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

nazwa komórki org **APTEKA SZPITALNA**

tel. 042 689 51-01. fax.: 042 689 51-02

e-mail: [apteka@kopernik.lodz.pl](mailto:apteka@kopernik.lodz.pl)

Łódź dn. 8.04.2024r

Nr sprawy: **APT / 03 / 2024**

## Zapytanie ofertowe

Dotyczy dostawy produktów leczniczych dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

### I. ZAMAWIAJĄCY

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62 NIP: 729-23-45-599.

### II. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

#### 1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

W załączniku nr 1 — Formularz ofertowo-cenowy.

#### 2. INNE WARUNKI POSTANOWIENIA:

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
2. Wykonawca dostarczy towar fabrycznie nowy, oryginalnie zapakowany, wolny od wad fizycznych i prawnych do Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w dniach roboczych od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 — 14.00.

### III. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi sukcesywnie w okresie 6 miesięcy w terminie od dnia podpisania umowy.
2. Zamówienia częściowe będą składane na adres e-mail Wykonawcy.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezrealizowania całości przedmiotu zamówienia.

#### IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferta powinna zawierać:

1. Wykonawca powinien przedstawić ofertę na Formularzu ofertowym — załącznik nr 2.
2. Formularz asortymentowo-cenowy — załącznik nr 1.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie 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.
4. Zezwolenie GIF.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczętą firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę firmy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez Wykonawcę.

#### V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Sposób złożenia oferty (opcjonalnie):

1. Oferta może być przesłana za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres [apteka@kopernik.lodz.pl](mailto:apteka@kopernik.lodz.pl) (w takim przypadku wszystkie wymagane dokumenty muszą być przesłane w formacie pdf).
2. Oferta może być doręczona do Apteki Szpitalnej.
3. Termin składania ofert: do dnia 11.04.2024 r. do godziny 12:00
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

#### VI. OCENA OFERT

1. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

---

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00  
e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



2. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

LP.	Kryterium	Ranga
1.	Cena	100%

Sposób oceny:

Zamawiający wybierze ofertę z najniższą zaoferowaną ceną przy spełnieniu wszystkich wymagań odnośnie opisu przedmiotu zamówienia.

## VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawcą na warunkach opisanych w załączniku nr 3 - Wzór umowy.

## VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Wszelkie zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego należy składać za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres. [apteka@kopernik.lodz.pl](mailto:apteka@kopernik.lodz.pl) (dodatkowo pod numerem telefonu 42 689 51 01). Odpowiedzi na zapytania Zamawiający udzieli na stronie na, której ukazało się ogłoszenie.

## IX. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. Formularz ofertowo-cenowy

Załącznik nr 2. Formularz ofert

Załącznik nr 3. Wzór umowy

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Lecznictwa  
dr n. med. Jerzy Badowski

KIEROWNIK APTEKI  
Wojewódzkie MięsoSpecjalistyczne  
Centrum Onkologii i Traumatologii  
Im. M. Kopernika w Łodzi  
93-513 Łódź ul. Pabianicka 62  
dr n. farm. Przemysław Rokicki  
11015383

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00  
e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. OŁÓDŹ 62124015451111000011669957



---

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00  
e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957

