
Łódź dn. 22.04.2024r

Nr sprawy: **APT / 04 / 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, <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 (nie dotyczy pakietu nr 3)

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 (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 26.04.2024 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, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957



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:apтека@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 KIEROWNIKA
dr n. med. *[podpis]*
dr n. med. *[podpis]* *[podpis]* *[podpis]* *[podpis]*
[podpis]

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, <http://www.kopernik.lodz.pl>

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

KIEROWNIK APTEKI
Wojewódzkie Specjalistyczne
Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

dr n. farm. *[podpis]* Przemysław Rokicki
11015383

