

Łódź dn. 17.08.2026r

Nr sprawy: ZAPIH/ 1 / 2026

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy: Dzierżawa zestawu urządzeń do cytologii na podłożu płynnym dla Zakładu Anatomii Patologicznej i Histopatologii Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi prowadzone na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych obowiązującego u Dzierżawcy, do którego – z uwagi na wartość zamówienia niższą niż 170 000 zł netto – nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

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:**

Zgodnie z załącznikiem nr 2 — Formularz asortymentowo-cenowy.

2. INNE WARUNKI I POSTANOWIENIA:

2.1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.

2.2. Wykonawca na własny koszt dostarczy i zainstaluje urządzenia oraz przeszkoli personel Zamawiającego.

III. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi w terminie 10 dni roboczych od podpisania umowy.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty w formie podpisanych skanów lub dokumentów podpisanych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym:

1.1. Formularz ofertowy — załącznik nr 1.

1.2. Formularz asortymentowo-cenowy — załącznik nr 2.

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.

1.4. Pełnomocnictwo do reprezentacji Wykonawcy, jeżeli uprawnienie do podpisania oferty i poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem nie wynika z KRS lub CEIDG.

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 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067

- 1.5. Oświadczenie Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego – załącznik nr 3
- 1.6. Zaakceptowany wzór umowy – załącznik nr 4.
- 1.7. Zamawiający wymaga, aby oferowany przedmiot zamówienia spełniał wymogi określone obowiązującym prawem polskim, jak i prawem Unii Europejskiej, został dopuszczony do obrotu i posiadał wymagane prawem ważne dokumenty, stwierdzające dopuszczenie do stosowania na terenie UE, a także spełniać inne wymagania (normy, parametry), określone przez Zamawiającego w załączniku nr 2.
- 1.8. Zamawiający wymaga, aby wraz z ofertą zostały złożone, oryginalne ulotki producenta, katalogi, ulotki o produkcie, karty danych technicznych w języku polskim potwierdzających wymagane parametry oferowanego przedmiotu zamówienia (jeśli oryginalna dokumentacja jest w innym języku niż język polski to Wykonawca dostarczy wraz z oryginałem tłumaczenie na język polski) – w zakresie niezbędnym do oceny parametrów bezwzględnie wymaganych określonych w załączniku nr 2.
- 1.9. Zamawiający wymaga, aby wraz z ofertą zostały złożone deklaracje zgodności wyrobów do diagnostyki in vitro oraz instrukcje obsługi w języku polskim.

V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Sposób złożenia oferty (opcjonalnie):
 - 1.1. Ofertę wraz z dołączonymi skanami dokumentów, należy przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres w.skierkowski@kopernik.lodz.pl z dopiskiem:

„OFERTA NA Dzierżawę zestawu urządzeń do cytologii na podłożu płynnym dla Zakładu Anatomii Patologicznej i Histopatologii Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi - NR SPRAWY: ZAPIH / 1 / 2026”

- 1.2. Termin składania ofert: do dnia 25.08.2026 r. do godziny 10:00
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
4. Termin związania ofertą: 30 dni, licząc od dnia składania ofert.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od udzielenia zamówienia bez podania przyczyny

VI. OCENA OFERT

1. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
2. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

LP.	Kryterium	Ranga
1.	Cena	100%

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 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067



Sposób oceny:

Zamawiający wybierze ofertę, która spełnia wszystkie wymogi z opisem przedmiotu zamówienia oraz uzyska łącznie najwyższą liczbę punktów obliczoną wg następującego wzoru:

$$OK = (C_{\text{najniższa}}/C_{\text{badana}}) \times 100$$

Gdzie:

OK – ocena końcowa oferty,

C – najniższa cena zaproponowana w konkursie

C - cena zaoferowana w badanej ofercie

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawcą na warunkach opisanych w załączniku nr 4 - Wzór umowy.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

1. Wszelkie zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego należy składać za pośrednictwem poczty elektronicznej:

Witold Skierkowski – w.skierkowski@kopernik.lodz.pl

Odpowiedzi na zapytania Zamawiający udzieli na stronie na, której ukazało się ogłoszenie.

IX. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. - Formularz oferty

Załącznik nr 2. - Formularz asortymentowo-cenowy

Załącznik nr 3. - Oświadczenie Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

Załącznik nr 4. - Wzór umowy

.....
Podpis właściwego Zastępcy Dyrektora

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

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 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067



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 PKO BP SA I O/ŁÓDŹ 44102033520000180203188067

