



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Puławy, 20.01.2025 r.

DZP.26.9.2025

## ZAPYTANIE OFERTOWE NR ZO 3/2025

1. Opis przedmiotu zamówienia: Zakup wraz z dostawą i montażem podnośnika dwukolumnowego dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.
2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: do 14 dni od dnia podpisania umowy.
3. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: Cena -100%
4. Wykluczenie z postępowania.
  - a. Na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania wyklucza się:
    - wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;
    - wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;
    - wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy.
  - b. Wykluczenie następuje na okres trwania okoliczności określonych w ust. 1 Ustawy.
  - c. W przypadku wykonawcy lub uczestnika konkursu wykluczonego na podstawie ust. 1 Ustawy, zamawiający odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub ofertę takiego wykonawcy lub uczestnika konkursu, nie zaprasza go do złożenia oferty wstępnej, oferty podlegającej negocjacji, oferty dodatkowej, oferty lub oferty ostatecznej, nie zaprasza go do negocjacji lub dialogu, a także nie prowadzi z takim wykonawcą negocjacji lub dialogu, odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie, nie zaprasza do złożenia pracy konkursowej lub nie przeprowadza oceny pracy konkursowej, odpowiednio do trybu stosowanego do udzielenia zamówienia publicznego oraz etapu prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
5. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
  - a. aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
  - b. formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1
  - c. opis przedmiotu zamówienia wraz z formularzem cenowym - zał. nr 2
  - d. oświadczenie RODO - zał. nr 3

Dział Zamówień Publicznych

Daniel Wiśniewski

Tel: 81 450 23 89

zp@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl

www.szpitalpulawy.pl

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000

0000 6018 9573



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

- e. parafowany projekt umowy – zał. nr 4
6. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:
- a. cena powinna zawierać:
- wartość dostawy/usługi/roboty budowlanej\* określona w oparciu o przedmiot zamówienia,
  - obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,
- Płatność przelewem w terminie 30 dni.
7. Opis sposobu przygotowania oferty:
- a. ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie,
- b. cena podana w złożonej ofercie ma być podana cyfrowo i słownie. Oferta cenowa winna być sporządzona wyłącznie w języku polskim i musi obejmować całość zamówienia. Formularz należy wypełnić czytelną i trwałą techniką.
8. Miejsce i termin złożenia oferty:
- a. ofertę należy złożyć w terminie do dnia **28.01.2025 r., do godz. 8:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl)
- b. oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.
9. Miejsce i termin otwarcia oferty:
- Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **28.01.2025 r. o godz. 8:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5. [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl)
- Formularz ofertowy wraz z załącznikami podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym w formie PAdES typ wewnętrzny (w przypadku ofert przesłanych drogą e-mail).
10. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:
- a. w sprawie przedmiotu zamówienia – Sebastian Wawer, tel. 81 45 02 239
- b. w sprawie procedury – Honorata Zgierska-Skomra [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl), tel. 81 450 23 89.
11. Gwarancja: min. 12 miesięcy
12. Termin związania z ofertą: 30 dni
13. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie, bez podania przyczyny.

\*niepotrzebne skreślić

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Puławach

[data i podpis Zamawiającego]  
dr n. med. Marek Poździej



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 1

.....  
.....  
.....  
(pieczęć/nazwa Wykonawcy i adres, adres email, nr telefonu)

## OFERTA do ZO 3/2025

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Zakup wraz z dostawą i montażem podnośnika dwukolumnowego dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

### Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: ..... zł; podatek VAT: ..... zł  
podatek VAT: ..... %, tj. .... zł  
cenę brutto: ..... zł (słownie: ..... złotych).

Termin realizacji zamówienia: ..... (do 14 dni) od daty podpisania umowy.

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .

Gwarancja: ..... (min. 12 m-cy)

Termin związania z ofertą: .....

Warunki płatności: przelew 30 dni.

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli stanowiącej Zał. Nr 3 do zaproszenia do składania ofert, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Jednocześnie oświadczam, iż wszystkie podane dane osobowe są prawdziwe i aktualne.



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego oraz nie podlegam wykluczeniu.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:

- 1) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- 2) druk Oferta – Załącznik nr 1
- 3) opis przedmiotu zamówienia – Załącznik nr 2
- 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
- 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4

.....  
[pieczęćka i podpis osoby uprawnionej]



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

## Opis Przedmiotu Zamówienia:

Załącznik nr 2

### Podnośnik dwukolumnowy

#### Cechy podnośnika:

- Elektryczne zwalnianie blokady
- Elektromagnetyczne opuszczanie
- Zgodność z normami CE
- Aluminium motor
- Regulowana wysokość łap, dwa poziomy
- 3 sekcyjne długie ramiona
- 4 adaptory 70mm
- 4 adaptory 100mm
- Wylącznik krańcowy
- Ochrona drzwi pojazdu
- Osłona ramion
- Automatyczna blokada ramion
- Ochrona stóp przy opuszczaniu
- Podwójny siłownik hydrauliczny
- Zawór bezpieczeństwa
- Linka synchronizująca
- Ochraniacz łańcucha
- Łatwo dostępna smarowniczka
- Ochrona przed kurzem

#### DANE TECHNICZNE:

- Ciężar 1000kg
- Udźwig 5000kg
- Wysokość podnoszenia min. 1900mm
- Wysokość początkowa min.100mm
- Wysokość max. 3000 mm
- Szerokość max 4000mm
- Czas podnoszenia  $\leq 45s$
- Czas opuszczania About 45s
- Zasilanie 3/N/PE-380V, 50Hz,16A
- Moc 3kW
- Olej hydrauliczny 12L
- Temperatura pracy 5-40°
- Wilgotność robocza 30-95%
- Hałas < 70db
- Temperatura przechowywania -25°-55°
- Grubość płyty fundamentowej 300mm
- Klasa betonu B25
- Zabezpieczenie elektryczne 3C16 A

Dział Zamówień Publicznych

Daniel Wiśniewski

Tel: 81 450 23 89

zp@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl

www.szpitalpulawy.pl,

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000

0000 6018 9573



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

**Załącznik nr 3**

## **Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu - ZO 3/2025. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**podpis osoby upoważnionej**



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

W Z Ó R

Załącznik nr 4

## UMOWA NR ..... / 2025

Zawarta w dniu ..... r. w Puławach pomiędzy :  
**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy**, zarejestrowanym w Rejestrze Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego w Lublin - Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026256, NIP 716-22-38-942, REGON 431205731 reprezentowanym przez  
dr n. med. Marek Paździor – Dyrektor  
zwanym dalej Zleceniodawcą,

a:

....., wpisaną do .....  
NIP ..... Regon ..... reprezentowanym przez

- .....  
zwanym dalej Zleceniobiorcą o następującej treści :

### §1

1. Przedmiotem Umowy jest zakup wraz z dostawą i montażem podnośnika dwukolumnowego dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach. w cenie podanej w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Przedmiot Umowy musi być jakości zgodnej z Polskimi Normami oraz być dopuszczony do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Realizacja dostawy nastąpi w okresie ..... tygodni od dnia podpisania Umowy.

### § 2

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć i zamontować przedmiot Umowy na własny koszt i ryzyko w hali warsztatu SP ZOZ w Puławach znajdującego się w siedzibie Zamawiającego w Puławach ul. Bema 1, 24-100 Puławy, w dniach roboczych od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w godz. 7:30-15:00 wraz z oryginałem faktury, o którym mowa w § 3 ust. 3 poniżej.
2. Przedmiot Umowy dostarczony przez Wykonawcę będzie fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych.



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

## § 3

1. Strony ustalają, że wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie Przedmiotu Umowy stanowić będzie cena podana w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy tj.:  
wartość netto: ..... zł.  
słownie wartość netto: .....  
VAT ..... %  
Wartość brutto: ..... zł.  
Słownie wartość brutto: .....
2. Cena określona Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy obejmuje wartość Przedmiotu Umowy oraz wszystkie koszty pośrednie, w szczególności związane z transportem towaru do miejsca wskazanego do Zamawiającego, o którym mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy i jego montażem.
3. Zapłata za zrealizowaną dostawę nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie 30 dni, po otrzymaniu przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Wykonawca zobowiązuje się dokonywać zaksięgowania przekazanego wynagrodzenia na poczet wymagalnej należności głównej wskazanej w tytule przelewu.
4. Wykonawca dostarczy wraz z Przedmiotem Umowy oryginał faktury na której umieszczone będą podstawowe informacje o przedmiocie zamówienia tj. nazwę przedmiotu dostawy, ilość, cenę netto brutto i podatek VAT.
5. Zamawiający oświadcza, iż adresem e-mail, właściwym do przesyłania faktur jest: faktury\_dfp@szpitalpulawy.pl
6. Rozliczenie zamówienia odbywać się będzie w polskich złotych.
7. Za dzień zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

## § 4

1. Okres gwarancji wynosi...
2. Termin do rozpatrzenia reklamacji wynosi 14 dni.

## § 5

1. Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z następujących tytułów i w wysokościach:
  - a) za opóźnienie w dostawie Przedmiotu Umowy w stosunku do terminu określonego w § 1 ust. 4 niniejszej Umowy - w wysokości 1 % wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,
  - b) za dostarczenie Przedmiotu Umowy z wadami - w wysokości 1 % wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy jeżeli wymiana wadliwego towaru na wolny od wad zgodny z zamówieniem trwa dłużej niż 14 dni, za każdy dzień ponad ten termin
  - c) za rozwiązanie Umowy / odstąpienie od Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy.





## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
3. Zamawiający ma prawo potrącenia wymagalnych należności z tytułu kar umownych z wystawionej przez Wykonawcę faktury.
4. W przypadku opóźnienia Wykonawcy z dostawą Przedmiotu Umowy przekraczającego 30 dni Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zakupu zastępczego i kosztami związanymi z tym zakupem oraz różnicą ceny obciąży Wykonawcę.
5. Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od swojej winy.

### § 6

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej Strony o każdorazowej zmianie swojego adresu. Zaniechanie zawiadomienia skutkować będzie iż korespondencja przesłana na dotychczasowe numery zostanie uznana za skutecznie doręczoną.
2. Zmiana wierzyciela wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany postanowień Umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnej.
4. W sprawach, które nie zostały uregulowane postanowieniami Umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
5. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozpoznawane przez sądy właściwe rzeczowo i miejscowo według siedziby Zamawiającego.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 – Kopia Oferty Wykonawcy

**WYKONAWCA:**

**ZAMAWIAJĄCY:**