



# 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

DZP. 26.67.2024

Puławy, 10.06.2024 r.

**Wykonawcy uczestniczący  
w zaproszeniu do składania ofert:  
ZSO 33/2024**

## ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NR ZSO 33/2024

1. Opis przedmiotu zamówienia:  
Zakup wraz z dostawą napędu ortopedycznego do drobnych zabiegów w obrębie ręki i przodostopia dla potrzeb SPZOZ w Puławach.
2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: 30 dni od podpisania umowy.
3. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: 100 % cena.
4. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
  - 1) formularz oferty wg załączonego wzoru – Załącznik nr 1
  - 2) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis KRS-u,
  - 3) opis przedmiotu zamówienia wraz z formularzem cenowym – Załącznik nr 2,
  - 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
  - 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4.
5. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:  
Cena powinna zawierać:
  - 1) wartość **dostawy/usługi/roboty budowlanej\*** określoną w oparciu o przedmiot zamówienia,
  - 2) obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,
  - 3) cena podana przez wykonawcę za świadczoną usługę/**dostawę**/robotę budowlaną\* jest obowiązująca przez okres ważności umowy i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.
6. Opis sposobu przygotowania oferty:
  - 1) należy ją złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie,
  - 2) 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.
7. Miejsce i termin złożenia oferty:
  - 1) Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **18.06.2024 r., do godz. 08:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl).
  - 2) Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Mączka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
[mmaczka@szpitalpulawy.pl](mailto:mmaczka@szpitalpulawy.pl)

NIP 7162238942  
REGON: 431205731  
KRS: 0000026256  
BDO: 000041779  
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

[spzoz@szpitalpulawy.pl](mailto:spzoz@szpitalpulawy.pl)  
[www.szpitalpulawy.pl](http://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

## 8. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **18.06.2024 r. o godz. 08:15** 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).**

## 9. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- w sprawie przedmiotu zamówienia – Marek Paździor, tel. 81 45 02 278
- w sprawie procedury zamówienia – Małgorzata Mączka , tel. 81 45 02 389  
[imię i nazwisko, nr tel.]

## 10. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od wyboru ofert bez podania przyczyny.

\*niepotrzebne skreślić

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Puławach  
[data i podpis Zamawiającego]

Piotr Rybak ✓

Dział/Sekcja

Sprawę prowadzi:

Małgorzata Mączka

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

mmaczka@szpitalp  
ulawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

[spzoz@szpitalpulawy.pl](mailto:spzoz@szpitalpulawy.pl)

[www.szpitalpulawy.pl](http://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 1 do ZSO nr 33/2024

## OFERTA

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na: **Zakup wraz z dostawą napędu ortopedycznego do drobnych zabiegów w obrębie ręki i przodostopia dla potrzeb SPZOZ w Puławach.**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:  
cenę netto: ..... zł; podatek VAT: ..... zł  
cenę brutto: ..... zł (słownie: ..... złotych).
2. Termin realizacji zamówienia: ..... (maximum 30 dni od podpisania umowy)
3. Kryteria oceny ofert: 100 % cena.
4. Okres gwarancji: .....(minimum 12 miesięcy)
5. Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .
6. Warunki płatności: **przelew- 14 dni - 40% kwoty, 45 dni- 30% kwoty, 75 dni- 30% kwoty.**
7. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
10. 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

.....  
[pieczętka i podpis osoby uprawnionej]

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Mączka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
mmaczka@szpitalp  
ulawy.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 Berna 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 2 do ZSO 33/2024

		ILOŚĆ	TAK	Cena jedn.	Wartość Netto	VAT	Wartość Brutto
1	Napęd ortopedyczny do drobnych zabiegów w obrębie ręki i przedostopia Napęd otówkowy zasilany przy pomocy kabla o zakresie obrotów 0-15 000 obr/min i mocy maksymalnej min. 11 Ncm	1					
2	Końcówka do piły oscylacyjnej o momencie obr. 10 Ncm	1					
3	Końcówka do wiercenia lub wkręcania zakończona złączem mini AO i redukcją obrotów 4:1 i momencie obrotowym 40 Ncm	1					
4	Końcówka do drutów kirschnera o śr. 0,8 do 1,2mm	1					
5	Końcówka do chirurgii małoinwazyjnej na frezy o średnicy 2,35mm o prędkości obrotowej 8.000 obr./min. Frezy blokowane w końcówce bez użycia narzędzi z identyfikacją blokady. Moc min. 10Ncm	1					
6	Adapter AO - JACOBS 0,5-4,0mm	1					
7	Pedał sterujący zaopatrzony w 2 przyciski, z których jeden ogranicza prędkość obrotową do 8 000 obr./min. Płynne sterowanie szybkości obrotów za pomocą pedału. Obroty w kierunku przeciwnym do wskazówek zegara z sygnalizacją dźwiękową	1					
8	Zasilacz sieciowy	1					

Dział/Sekcja

Sprawa prowadzi:

Małgorzata Maczka

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

mmaczka@szpitalipulawy.pl

ulawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalipulawy.pl

www.szpitalipulawy.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

9	Dedykowany kontener sterylizacyjny	1						
10	Frezy do MIS	10						
11	Raszpla (rozmiar S, M, L)	3						
						0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis upoważnionego przedstawiciela

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Magzka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
mmaczka@szpitalp  
ulawy.pl

NIP 7162238942  
REGON: 431205731  
KRS: 0000026256  
BDO: 000041779  
ePUAP:/SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

szpocz@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 do ZSO nr 33/2024

### 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 – ZSO 33/2024 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**

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Mączka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
mmaczka@szpitalp  
ulawy.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

**Wzór umowy**

**Załącznik nr 4 do ZSO 33/2024**

**UMOWA ..... /2024**

**zawarta w dniu ..... r. w Puławach pomiędzy:**

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Puławach przy ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy 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 zwanym dalej „Zamawiającym”**

reprezentowanym przez:

**- Piotra Rybaka – Dyrektora**

oraz

....., wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, NIP ....., REGON .....

zwany dalej „Wykonawcą”

reprezentowanym przez:

- .....

Zamawiający i Wykonawca będą dalej łącznie zwani „Stronami”, a każdy z nich z osobna także „Stroną”.

Wobec wyboru oferty Wykonawcy jako najkorzystniejszej w przeprowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia w trybie zaproszenia do składania ofert Strony postanawiają co następuje:

## **§ 1**

1. Przedmiotem Umowy jest **dostawa na rzecz Zamawiającego napędu ortopedycznego do drobnych zabiegów w obrębie ręki i przodostopia 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. Okres gwarancji .....
4. Realizacja dostawy nastąpi w okresie ..... dni od dnia podpisania umowy.

## **§ 2**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot Umowy na własny koszt i ryzyko do Magazynu 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. 4.
2. Przy dostawie towar będzie poddany kontroli ilościowej i jakościowej. Jeżeli Wykonawca dostarcza towar za pośrednictwem firmy kurierskiej, wówczas zobowiązany jest zapewnić, aby przewoźnik poczekał na sprawdzenie przez personel Zamawiającego zgodności przywiezionego towaru z zamówieniem oraz z fakturą dostawy.
3. Przedmiot zamówienia dostarczony przez Wykonawcę będzie fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oryginalnie zapakowany.

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Mączka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
mmaczka@szpitalp  
ulawy.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

## § 3

1. Strony ustalają, że wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy stanowić będzie iloczyn cen i ilości zamówionego asortymentu obliczoną przy przyjęciu cen jednostkowych podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wynagrodzenie za cały czas trwania Umowy wyniesie:  
**wartość netto:** ..... zł.  
**słownie wartość netto:** .....  
**VAT** ..... %  
**Wartość brutto:** ..... zł.  
**Słownie wartość brutto:** .....
3. Wartość zamówienia określona Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy obejmuje wartość towaru 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 rozładunkiem.
4. Zapłata za zrealizowaną dostawę nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie: **14 dni – 40% kwoty, 45 dni- 30% kwoty, 75 dni- 30% kwoty**, po otrzymaniu przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dokonywać zaksięgowania przekazanego wynagrodzenia na poczet wymagalnej należności głównej wskazanej w tytule przelewu.
5. Wykonawca wraz z towarem dostarczy oryginał faktury na której umieszczone będą podstawowe informacje o przedmiocie zamówienia tj. nazwę przedmiotu dostawy, ilość, cenę netto brutto i podatek VAT.
6. Zamawiający oświadcza, iż adresem e-mail, właściwym do przesyłania faktur jest: **faktury dtg@szpitalpulawy.pl**
6. Rozliczenie zamówienia odbywać się będzie w polskich złotych.
7. Za dzień zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

## § 4

Zamawiający będzie składał reklamacje zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego. 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 zamówienia w stosunku do terminu określonego w § 2 ust. 5 niniejszej Umowy - w wysokości 1 % wartości brutto niedostarczonego przedmiotu zamówienia za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,
  - b) za dostarczenie przedmiotu zamówienia z wadami - w wysokości 1 % wartości brutto towaru dostarczonego z wadami jeżeli wymiana wadliwego towaru na wolny od wad zgodny z zamówieniem trwa dłużej niż 14 dni,
  - c) za rozwiązanie Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto całej Umowy wskazanej w § 3 ust. 2 niniejszej Umowy.
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 Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zakupu zastępczego niedostarczonej partii i kosztami związanymi z tym zakupem oraz różnicą ceny obciążą Wykonawcę.





# 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

5. Poniesione koszty zakupu o których mowa w ust. 4 w wysokości udokumentowanej rachunkami, zostaną potrącone z pierwszej, po ich wystąpieniu, wymagalnej wierzytelności Wykonawcy.
6. 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 w tym nr faks. 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:**

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Małgorzata Mączka  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
mmaczka@szpitalp  
ulawy.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