Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

Załącznik nr 2
do protokołu z posiedzenia komisji/ do Umowy

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

dotyczące realizacji zamówienia publicznego poniżej 130 000 zł netto
na:

„Dostawy pomp baklofenowych wraz z zestawami do napełniania dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16".

Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów, odwołania konkursu, pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia oraz unieważnienia konkursu bez podania przyczyny i uzasadnienia.

I. Nazwa i adres Zamawiającego

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice ul. Medyków 16
Regon 001415000; NIP 634-23-46-590
email do kontaktu: jrozek@gczd.katowice.pl, apteka@gczd.katowice.pl

Ogłoszenie o Konkursie Ofert zostało zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego: www.gczd.katowice.pl

II. Określenie przedmiotu i zakresu zamówienia.

„Dostawy pomp baklofenowych wraz z zestawami do napełniania dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16". Przedmiot zamówienia został szczegółowo opisany w specyfikacji asortymentowo-cenowej Formularza ofertowego.

III. Termin wykonania zamówienia.

Termin realizacji zamówienia ustala się na **12 miesięcy** od momentu ogłoszenia wyników konkursu.

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

IV. Zamawiający przeznaczy na przedmiot zamówienia maksymalną kwotę:

V. Opis warunków udziału Wykonawców w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełnienia tych warunków.

1. Dostarczenie dokumentów zawartych w pkt. VI.
2. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu, nastąpi na podstawie złożonych przez Wykonawców dokumentów metodą warunku granicznego – spełnia lub nie spełnia.

VI. Informacje o oświadczeniach lub dokumentach, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

1. Wypełniony formularz Oferty- załącznik 1.
2. Zaakceptowany wzór umowy- załącznik 2.
   (akceptacja wzoru oznacza jego zaparafowanie przez Wykonawcę).
3. Dokumenty potwierdzające uprawnienie osób podpisujących ofertę, o ile nie wynikają z przepisów prawa lub innych dokumentów rejestrowych (oryginał pełnomocnictwa).
4. Aktualny odpis właściwego rejestru lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej **wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy od terminu składania ofert.**

VII. Informacja o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami.

1. Oświadczenia, zawiadomienia, wnioski i inne informacje oraz pytania kierowane do Zamawiającego przekazywane **z zachowaniem formy pisemnej i elektronicznej** należy kierować **na adres Zamawiającego** podany w pkt. I Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, **(za wyjątkiem oferty).**

2. Zamawiający wyznacza do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami następującą osobę:
   Przewodniczący Komisji – Justyna Rożek-Kostórkiewicz
   Z-ca Przewodniczącego Komisji – Diana Żymełka

VIII. Opis przygotowania oferty.

1. Oferta i wszystkie wymagane dokumenty, winny być sporządzone w języku polskim oraz podpisane i opieczętowane **(pieczątką firmową i imienną)** przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy na zewnątrz – w sposób zapewniający ich czytelność.

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.p
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

2. Oferta winna być przygotowana na Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert .
3. Wszystkie dokumenty Wykonawcy składają w formie oryginału lub kopii poświadczonej **za zgodność z oryginałem** przez Wykonawcę.
4. Poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie i opatrzone podpisem osoby podpisującej ofertę.
5. Zamawiający nie dopuszcza składania elektronicznych kopii dokumentów.
6. **Wszystkie strony oferty powinny być opieczętowane, podpisane, ponumerowane i zszyte.**
7. Ofertę w formie oryginału należy złożyć w nieprzezroczystej kopercie, zamkniętej w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.

Koperta winna być opisana następująco:

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16, 40-752 Katowice

Oferta na:

„Dostawy pomp baklofenowych wraz z zestawami do napełniania dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16".

nie otwierać przed 29.05.2023 r. godz. 10^{00}

8. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i dostarczeniem oferty.
9. Wykonawców obowiązuje wykorzystanie załączonych wzorów dokumentów – załączników. Wszystkie pola i pozycje tych wzorów winny być wypełnione, a w szczególności muszą zawierać wszystkie wymagane informacje i dane oraz odpowiedzi na wszystkie pytania. Nie dopuszcza się składania alternatywnych, co do treści i formy dokumentów.
10. Cenę ofertową na realizację przedmiotu zamówienią należy przedstawić w Formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
11. Cena oferty winna uwzględniać wszystkie zobowiązania Wykonawcy, musi być podana w złotych polskich cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem podatku VAT, do dwóch miejsc po przecinku.

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

12. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami i wytycznymi stawianymi przez Zamawiającego.

IX. Kryteria oceny ofert.

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował kryterium:

- 100% cena

X. Miejsce i termin składania ofert.

Oferty należy składać do dnia: 29.05.2023 r. **do godz. 9^{30}**
osobiście w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 2 – Kancelaria, lub za pośrednictwem poczty/kuriera z zastrzeżeniem, że rozpatrywane będą wyłącznie oferty, które wpłyną do dnia: **31.05.2023 r. do godz. 9^{30} do Kancelarii Szpitala.**

XI. Miejsce i termin otwarcia ofert: siedziba Zamawiającego

Oferty zostaną otwarte dnia: : **29.05.2023 r. o godz. 10^{00}**
W Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16, 40-752 Katowice, Apteka szpitalna, poziom 0, pokój 11

XII. Zasady i tryb wyboru najkorzystniejszej oferty.

Zamawiający uzna oferty za spełniające wymagania i przyjmie do szczegółowego rozpatrywania, jeżeli:

1. oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
2. z liczby i treści złożonych dokumentów wynika, że Wykonawca spełnia warunki formalne,
3. złożone oświadczenia są aktualne i podpisane przez osoby uprawnione,
4. oferta została złożona w określonym przez Zamawiającego terminie.

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria.

XIII. Zawiadomienie o wyborze oferty.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający jednocześnie zawiadamia wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty o wynikach postępowania. Informacja ta zostanie również umieszczona na stronie internetowej Zamawiającego: www.gczd.katowice.pl

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

XIV. Postanowienia końcowe.

1. Jeżeli Zamawiający dokona wyboru oferty, umowa w sprawie realizacji zamówienia zostanie zawarta z Wykonawcą, który spełnia wszystkie postanowienia i wymagania zawarte w warunkach konkursu ofert.
2. Umowa w sprawie realizacji zamówienia zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z treści niniejszego konkursu ofert oraz danych zawartych w ofercie.
3. Podpisanie umowy nastąpi w terminie do 7 dni od dnia otrzymania prze Oferenta zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty, wysłanego drogą elektroniczną.
4. Rozliczenia między Zamawiającym i Wykonawcą będą prowadzone w polskich złotych.
5. Zamawiający nie zwraca Oferentom dokumentów przedłożonych w ramach niniejszego Konkursu.
6. Oferta niespełniająca warunków wymaganych w SWKO zostanie odrzucona.
7. Oferentowi z tytułu odrzucenia oferty nie przysługują żadne roszczenia ani środki odwoławcze.
8. Zamawiający zastrzega sobie, że nie będzie udzielał Oferentom szczegółowych, innych niż ogólnie dostępne, informacji związanych z funkcjonowaniem i działalnością Zamawiającego.
9. Ogłoszenie o wyniku Konkursu zostanie zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego: http://gczd.katowice.pl.

XV. Załączniki do zapytania ofertowego

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Wzór umowy- załącznik nr 13 Umy

z upoważnienia
DYREKTORA
p.o. ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Lecz[illegible]
Robert Krawczyk

Technik farmacji
KOORDYNATOR
Bartłomiej Lech

KIEROWNIK APTEKI
mgr Justyna Rodek-Kostórkiewicz