

Polsko-Varšava: Albumin

OJ S 8/2017 12/01/2017

Oznámení o zahájení zadávacího řízení

Dodávky

**Právní základ:**

směrnice 2014/24/EU

## Oddíl I: Veřejný zadavatel

---

### I.1. Název a adresa

Úřední název: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Národní identifikační číslo: 011035381

Poštovní adresa: ul. Kasprzaka 17

Obec: Warszawa

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

PSČ: 01-211

Země: Polsko

Kontaktní osoba: Sekcja Zamówień Publicznych, pawilon nr 8 wejście B, parter

E-mail: [zamowieniapubliczne@wolski.med.pl](mailto:zamowieniapubliczne@wolski.med.pl)

Tel.: +48 223894808/ 223894859

Fax: +48 223894922

**Internetové adresy:**

Hlavní adresa: [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl)

Adresa profilu zadavatele: [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl)

### I.3. Komunikace

Zadávací dokumentace je dostupná přímo a zcela bez omezení či poplatků na: [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl)

Nabídky nebo žádosti o účast musí být zaslány na výše uvedenou adresu

Další informace lze získat na jiné adrese:

Úřední název: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Poštovní adresa: Kasprzaka 17

Obec: Warszawa

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

PSČ: 01-211

Země: Polsko

Kontaktní osoba: Julita Skonieczna

E-mail: [zamowieniapubliczne@wolski.med.pl](mailto:zamowieniapubliczne@wolski.med.pl)

Tel.: +48 2238-94-808

Fax: +48 2238-94-922

**Internetové adresy:**

Hlavní adresa: [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl)

### I.4. Druh veřejného zadavatele

Jiný druh: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

### I.5.

## **Oddíl II: Předmět**

---

### **II.1. Rozsah veřejné zakázky**

#### **II.1.1. Název**

Dostawa albuminy ludzkiej.  
Spisové číslo: EP/02/2017

#### **II.1.2. Hlavní kód CPV**

33141540 Albumin

#### **II.1.3. Druh zakázky**

Dodávky

#### **II.1.4. Stručný popis**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa albuminy ludzkiej, zgodnie z załącznikiem nr 2 do SIWZ stanowiącym formularz asortymentowo – cenowy.

#### **II.1.5. Předpokládaná celková hodnota**

Hodnota bez DPH: 93 192,00 PLN

#### **II.1.6. Informace o částech**

Zakázka je rozdělena na části: ne

### **II.2. Popis**

#### **II.2.3. Místo plnění**

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

Hlavní místo dodání nebo plnění: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Kasprzaka 17 01-211 Warszawa.

#### **II.2.4. Popis zakázky**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa albuminy ludzkiej, zgodnie z załącznikiem nr 2 do SIWZ stanowiącym formularz asortymentowo – cenowy.

#### **II.2.5. Kritéria pro zadání zakázky**

Níže uvedená kritéria  
Cena

#### **II.2.6. Předpokládaná hodnota**

#### **II.2.7. Doba trvání zakázky, rámcové smlouvy či dynamického nákupního systému**

Doba trvání v měsících: 12  
Tuto zakázku lze obnovit: ne

#### **II.2.10. Informace o variantách**

Budou přijímány varianty: ne

#### **II.2.11. Informace o opcích**

Opce: ne

#### **II.2.13.**

## **Informace o financování z prostředků Evropské unie**

Zakázka se vztahuje k projektu a/nebo programu financovanému z prostředků Evropské unie: ne

### **II.2.14. Další informace**

## **Oddíl III: Právní, ekonomické, finanční a technické informace**

---

### **III.1. Podmínky účasti**

#### **III.1.1. Profesionální kvalifikační předpoklady dodavatelů, včetně požadavků týkajících se registrace v profesních nebo jiných rejstřících**

Seznam a stručný popis podmínek:

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów. Informacja w tym zakresie winna zostać zawarta w części IV pkt. A formularza Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia JEDZ.

Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, iż posiada uprawnienia: Koncesję, zezwolenie lub licencję na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie objętym zamówieniem – jeżeli wymagane są przepisami prawa tj. [kopia zezwolenia/koncesji na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub w przypadku producenta – zezwolenia na produkcję, jeżeli wymagane są przepisami prawa (w tym Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2008 nr 45 poz. 271 ze zm.).

2) W przypadku produktów, dla których nie jest wymagany przepisami prawa dokument wymieniony w ppkt 1, Wykonawca winien złożyć oświadczenie o braku konieczności posiadania uprawnień.

#### **III.1.2. Ekonomická a finanční situace**

Seznam a stručný popis kritérií pro výběr:

Zamawiający nie określa szczegółowego warunku w tym zakresie.

#### **III.1.3. Technická a odborná způsobilost**

Seznam a stručný popis kritérií pro výběr:

Zamawiający nie określa szczegółowego warunku w tym zakresie.

### **III.2. Podmínky vztahující se k zakázce**

#### **III.2.2. Podmínky realizace zakázky**

Warunki realizacji umowy określają istotne postanowienia umowy, stanowiące Załącznik nr 4 do SIWZ.

## **Oddíl IV: Řízení**

---

### **IV.1. Popis**

#### **IV.1.1. Druh řízení**

Otevřené řízení Zkrácené řízení Odůvodnění:

Przeprowadzenie postępowania przetargowego na dostawę albuminy ludzkiej 20 % wymaga pilnej realizacji z uwagi na zabezpieczenie farmakoterapii pacjentów Szpitala w stanach zagrażających życiu.

#### **IV.1.3. Informace o rámcové smlouvě nebo dynamickém nákupním systému**

#### **IV.1.8. Informace o Dohodě o veřejných zakázkách (GPA)**

Na zakázku se vztahuje Dohoda o veřejných zakázkách: ne

#### **IV.2. Administrativní informace**

##### **IV.2.2. Lhůta pro doručení nabídek nebo žádostí o účast**

Datum: 26/01/2017 Místní čas: 10:00

##### **IV.2.3. Předpokládané datum odeslání výzvy v k podání nabídek nebo účasti vybraným zájemcům**

##### **IV.2.4. Jazyk nebo jazyky, ve kterých mohou být podávány nabídky nebo žádosti o účast**

Polština

##### **IV.2.6. Minimální doba, po kterou je uchazeč svou nabídkou vázán**

Doba trvání v měsících: 2 (od uplynutí lhůty pro podání nabídek)

##### **IV.2.7. Podmínky pro otevírání nabídek**

Datum: 26/01/2017 Místní čas: 10:30

Místo:

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul.

Kasprzaka 17 01-211 Warszawa

Sekcja Zamówień Publicznych, pawilon nr 8, wejście B, parter.

### **Oddíl VI: Doplňující informace**

---

#### **VI.1. Informace o opakování zakázek**

Jde o opakovanou zakázku: ne

#### **VI.3. Další informace**

Oferta musí být zabezpečena wadium w wysokości:

1 500 PLN (slovně: jeden tisíc pětset złotych 00/100).

Wadium należy wnieść przed terminem składania ofert, przy czym wniesienie wadium w pieniądzu za pomocą przelewu bankowego Zamawiający będzie uważał za skuteczne tylko wówczas gdy przed upływem terminu składania ofert kwota wniesionego wadium będzie uznana na rachunku bankowym Zamawiającego. Kopię dowodu wniesienia wadium należy załączyć do oferty.

Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

a) pieniądzu: przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego:

Nordea Bank Polska S.A. 81-303 Gdynia 21 1440 1101 0000 0000 0606 2539;

b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;

c) gwarancjach bankowych;

d) gwarancjach ubezpieczeniowych;

e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (t.j. Dz.U. z dnia 2007 r. nr 42, poz. 275 z późn. zm.).

Wadium wniesione w pieniądzu Zamawiający przechowuje na rachunku bankowym.

Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium na okres związania ofertą.

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu oraz spełniają warunki udziału w postępowaniu. Warunki udziału w postępowaniu oraz podstawy wykluczenia określone zostały szczegółowo w rozdziale 6 oraz 7 Specyfikacji

Istotnych Warunków Zamówienia oraz w załączniku nr 3 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – Jednolitym Europejskim Dokumentcie Zamówienia.

#### **VI.4. Přeřkumná řízení**

##### **VI.4.1. Orgán příslušný k přeřkumu**

Úřední název: Krajowa Izba Odwoławcza

Pořtovní adresa: ul. Postępu 17A

Obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Země: Polsko

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Fax: +48 224587800

Internetová adresa: <http://www.uzp.gov.pl>

##### **VI.4.2. Subjekt odpovědný za mediační řízení**

Úřední název: Krajowa Izba Odwoławcza

Pořtovní adresa: ul. Postępu 17A

Obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Země: Polsko

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Fax: +48 224587800

Internetová adresa: <http://www.uzp.gov.pl>

##### **VI.4.4. Subjekt, u kterého lze získat informace o přeřkumném řízení**

Úřední název: Urząd Zamówień Publicznych, Departament Odwołań

Pořtovní adresa: ul. Postępu 17A

Obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Země: Polsko

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Fax: +48 224587800

Internetová adresa: <http://www.uzp.gov.pl>

#### **VI.5. Datum odeslání tohoto oznámení**

10/01/2017