

Poľsko-Varšava: Albumíny

OJ S 8/2017 12/01/2017

Oznámenie o vyhlásení verejného obstarávania

Dodávky

Právny základ:

Smernica 2014/24/EÚ

## Oddiel I: Verejný obstarávateľ

---

### I.1. Názov a adresy

Úradný názov: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Identifikačné číslo organizácie (IČO): 011035381

Poštová adresa: ul. Kasprzaka 17

Mesto/obec: Warszawa

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

PSČ: 01-211

Štát: Poľsko

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

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

Telefón: +48 223894808/ 223894859

Fax: +48 223894922

**Internetová adresa (internetové adresy):**

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

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

### I.3. Komunikácia

Súťažné dokumenty sú dostupné priamo a úplne bez obmedzení či poplatkov na: [www.wolski.med.pl](http://www.wolski.med.pl)

Ponuky alebo žiadosti o účasť sa musia predložiť na vyššie uvedenej adrese

Ďalšie informácie možno získať na inej adrese:

Úradný názov: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Poštová adresa: Kasprzaka 17

Mesto/obec: Warszawa

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

PSČ: 01-211

Štát: Poľsko

Kontaktná osoba: Julita Skonieczna

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

Telefón: +48 2238-94-808

Fax: +48 2238-94-922

**Internetová adresa (internetové adresy):**

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

### I.4. Druh verejného obstarávateľa

Iný druh: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

### I.5.

## **Oddiel II: Predmet**

---

### **II.1. Rozsah obstarávania**

#### **II.1.1. Názov**

Dostava albuminy ludzkiej.  
Referenčné číslo: EP/02/2017

#### **II.1.2. Hlavný kód CPV**

33141540 Albumíny

#### **II.1.3. Druh zákazky**

Tovary

#### **II.1.4. Stručný opis**

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

#### **II.1.5. Celková odhadovaná hodnota**

Hodnota bez DPH: 93 192,00 PLN

#### **II.1.6. Informácie o častiach**

Táto zákazka sa delí na časti: nie

### **II.2. Opis**

#### **II.2.3. Miesto vykonania**

Kód NUTS: PL127 Miasto Warszawa

Hlavné miesto dodania alebo plnenia: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Kasprzaka 17 01-211 Warszawa.

#### **II.2.4. Opis obstarávania**

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

#### **II.2.5. Kritériá na vyhodnotenie ponúk**

Nižšie uvedené kritériá  
Cena

#### **II.2.6. Odhadovaná hodnota**

#### **II.2.7. Dĺžka trvania zákazky, rámcovej dohody alebo dynamického nákupného systému**

Trvanie v mesiacoch: 12

Toto obstarávanie môže byť obnovené: nie

#### **II.2.10. Informácie o variantoch**

Budú sa akceptovať varianty: nie

#### **II.2.11. Informácie o opciách**

Opcie: nie

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

## Informácie o fondoch Európskej únie

Obstarávanie sa týka projektu a/alebo programu financovaného z fondov Európskej únie: nie

### II.2.14. Doplňujúce informácie

## Oddiel III: Právne, ekonomické, finančné a technické informácie

---

### III.1. Podmienky účasti

#### III.1.1. Vhodnosť vykonávať profesionálnu činnosť vrátane požiadaviek týkajúcich sa zápisu do živnostenských alebo obchodných registrov

Zoznam a krátky opis podmienok:

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. Ekonomické a finančné postavenie

Zoznam a krátky opis kritérií výberu:

Zamawiający nie określa szczegółowego warunku w tym zakresie.

#### III.1.3. Technická a odborná spôsobilosť

Zoznam a krátky opis kritérií výberu:

Zamawiający nie określa szczegółowego warunku w tym zakresie.

### III.2. Podmienky týkajúce sa zákazky

#### III.2.2. Podmienky vykonania zákazky

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

## Oddiel IV: Postup

---

### IV.1. Opis

#### IV.1.1. Druh postupu

Verejná súťaž Zrýchlené konanie Odôvodnenie:

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. Informácie o rámcovej dohode alebo dynamickom nákupnom systéme

#### **IV.1.8. Informácie o dohode o vládnom obstarávaní (GPA)**

Na toto obstarávanie sa vzťahuje dohoda o vládnom obstarávaní: nie

#### **IV.2. Administratívne informácie**

##### **IV.2.2. Lehota na predkladanie ponúk alebo žiadostí o účasť**

Dátum: 26/01/2017 Miestny čas: 10:00

##### **IV.2.3. Predpokladaný dátum odoslania výziev na súťaž alebo na účasť vybraným uchádzačom**

##### **IV.2.4. Jazyk (jazyky), v ktorom (ktorých) možno predkladať ponuky alebo žiadosti o účasť**

Poľština

##### **IV.2.6. Minimálna lehota, počas ktorej sú ponuky uchádzačov viazané**

Trvanie v mesiacoch: 2 (od uplynutia lehoty na predkladanie ponúk)

##### **IV.2.7. Podmienky na otváranie ponúk**

Dátum: 26/01/2017 Miestny čas: 10:30

Miesto:

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.

#### **Oddiel VI: Doplnkové informácie**

---

##### **VI.1. Informácie o opakovaní obstarávania**

Toto obstarávanie sa bude opakovať: nie

##### **VI.3. Doplnujúce informácie**

Oferta musí byť zabezpečená wadium w wysokości:

1 500 PLN (slovnice: jeden tisíc pięćset 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 Dokumentem Zamówienia.

#### **VI.4. Postupy preskúmania**

##### **VI.4.1. Orgán zodpovedný za preskúmanie**

Úradný názov: Krajowa Izba Odwoławcza

Poštová adresa: ul. Postępu 17A

Mesto/obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Štát: Poľsko

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

Telefón: +48 224587801

Fax: +48 224587800

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

##### **VI.4.2. Orgán zodpovedný za mediáciu**

Úradný názov: Krajowa Izba Odwoławcza

Poštová adresa: ul. Postępu 17A

Mesto/obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Štát: Poľsko

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

Telefón: +48 224587801

Fax: +48 224587800

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

##### **VI.4.4. Útvar, od ktorého možno získať informácie o postupe preskúmania**

Úradný názov: Urząd Zamówień Publicznych, Departament Odwołań

Poštová adresa: ul. Postępu 17A

Mesto/obec: Warszawa

PSČ: 02-676

Štát: Poľsko

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

Telefón: +48 224587801

Fax: +48 224587800

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

#### **VI.5. Dátum odoslania tohto oznámenia**

10/01/2017