



UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA

I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

Oficjalna nazwa: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św Barbary
Adres pocztowy: Plac Medyków 1
Miejscowość: Sosnowiec **Kod pocztowy:** 41-200
Kraj: Polska
Punkt kontaktowy: **Tel.:** 032/3682428
Osoba do kontaktów: Mariola Kocharńska
E-mail: zam.publ@wss5.pl **Faks:** 032/3682012

Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)

Ogólny adres instytucji zamawiającej (*URL*): www.wss5.pl

Adres profilu nabywcy (*URL*):

Więcej informacji można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.I

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.II

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.III

I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="checkbox"/> Ogólne usługi publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny | <input type="checkbox"/> Obrona |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej | <input type="checkbox"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny | <input type="checkbox"/> Środowisko |
| <input type="radio"/> Podmiot prawa publicznego | <input type="checkbox"/> Sprawy gospodarcze i finansowe |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa | <input checked="" type="checkbox"/> Zdrowie |
| <input checked="" type="radio"/> Inne | <input type="checkbox"/> Budownictwo i obiekty komunalne |

(proszę określić):

(proszę określić):

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> tak | <input checked="" type="radio"/> nie |
|---------------------------|--------------------------------------|

SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

II.1) OPIS

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

Dostawa aparatury i sprzętu medycznego

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

a) Roboty budowlane

- Wykonanie
- Zaprojektowanie i wykonanie
- Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą

b) Dostawy

- Kupno
- Dzierżawa
- Najem
- Leasing
- Połączenie powyższych form

c) Usługi

Kategoria usług: nr
(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)

Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych

Główne miejsce realizacji dostawy

Główne miejsce świadczenia usług

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 5, Plac
Medyków 1, 41-200 Sosnowiec

Kod NUTS

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

- Zamówienia publicznego
- Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)
- Zawarcia umowy ramowej

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami

Umowa ramowa z jednym wykonawcą

Liczba , LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej

Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):

Szacunkowa wartość bez VAT:

Waluta:

LUB Zakres: między

a

Waluta:

Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia): :

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)

Dostawa aparatury i sprzętu medycznego

Pakiet nr 1 - Klipsownica endoskopowa z zestawem klipsów

Pakiet nr 2 - Lampa zabiegowa, trzyogniskowa na podstawie jezdnej

Pakiet nr 3 - Wózek reanimacyjny, mobilny zabudowany, z szufladami (w komplecie: laryngoskop, ładowarka do laryngoskopu i worek samorozprężalny), wózek anestezyjologiczny, laryngoskop, worek samorozprężalny z wyposażeniem, dozownik tlenu, stetoskop, stolik zabiegowy, dwupałkowy, taboret obrotowy mobilny

Pakiet nr 4 - Materac przeciwoleżynowy

Pakiet nr 5 - Podnośnik przyłóżkowy

Pakiet nr 6 - Waga siedząca lub trzyłóżkowa

Pakiet nr 7 - Zestaw do kontrolowanego odsysania kamieni

Pakiet nr 8 - Holter RR

Pakiet nr 9 - Wziernik okulistyczny obuoczny

Pakiet nr 10 - Aparat do mierzenia ciśnienia, zegarowy, przewoźny

II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

Główny przedmiot **Słownik główny** **Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)**
33100000

II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

tak nie

II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak nie

Jeżeli tak, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części jednej lub więcej części wszystkich części

II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

tak nie

II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA

II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)

Wartość szacunkowa powyżej 206000 euro

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta:

LUB Zakres: między a Waluta:

II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:

w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli lub Zakres: między a
dotyczy):

Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:

w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach: lub dniach: 21 (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM

III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)

Warunkiem udziału w postępowaniu jest wniesienie wadium w wysokościach:

Pakiet nr 1 - 80,00zł

Pakiet nr 2 - 150,00zł

Pakiet nr 3 - 714,00zł

Pakiet nr 4 - 480,00zł

Pakiet nr 5 - 600,00zł

Pakiet nr 6 - 80,00zł

Pakiet nr 7 - 140,00zł

Pakiet nr 8 - 60,00zł

Pakiet nr 9 - 160,00zł

Pakiet nr 10 - 17,00zł

Wadium należy wpłacić przelewem na rachunek bankowy:

Alior Bank konto depozytowe nr 09 2490 0005 0000 4600 3993 1187 z oznaczeniem: Przetarg pt. „Dostawa aparatury i sprzętu medycznego”. Nr sprawy WSS5/EP/310/2009”. Środki pieniężne z tytułu wadium winny wpłynąć na konto Zamawiającego do dnia 15.10.2009 r. do godz. 08:30. Za termin wniesienia wadium przyjmuje się moment uznania konta.

Wadium może być wnoszone także w formie:

- poręczeń bankowych lub poręczeń spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,
- gwarancji bankowych,
- gwarancji ubezpieczeniowych

III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących

Termin płatności 30 dni

III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)

III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)

tak

nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

III.2) WARUNKI UDZIAŁU

III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

W celu potwierdzenia, że Wykonawca posiada uprawnienie do wykonywania określonej działalności, Zamawiający żąda złożenia:

- oświadczenia o spełnieniu warunków określonych w art. 22 ust. 1 pkt. 1 do 3 ustawy oraz o nie podleganiu wykluczeniu na podstawie art. 24 ustawy,

- aktualnego odpisu z właściwego Rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

- aktualnego zaświadczenia właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego

oraz właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzających odpowiednio, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne lub zaświadczeń, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu- wystawionych nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,

- aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego albo równoważne zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia osoby w zakresie określonym w art. 24 ust.1 pkt 4-8 ustawy, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt.9 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- koncesje, zezwolenie lub licencję lub oświadczenie Wykonawcy, że ustawy nie nakładają obowiązku posiadania koncesji, zezwolenia lub licencji na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie objętym zamówieniem publicznym,

III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

W celu potwierdzenia, że Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, Zamawiający żąda złożenia informacji banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, w którym Wykonawca posiada rachunek bankowy, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy wystawioną nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunek znajdowania się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia jeśli ten wykaże się posiadaniem środków finansowych lub zdolnością kredytową w wysokości co najmniej 30 000,00 zł.

III.2.3) Zdolność techniczna

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

W celu potwierdzenia, że Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, Zamawiający żąda złożenia wykazu, o treści zgodnej ze wzorem zamieszczonym w Rozdziale II, pkt 4 niniejszej SIWZ, wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –w tym okresie, dostaw odpowiadających swoim rodzajem i wartością przedmiotowi zamówienia oraz dokumentów potwierdzających, że te dostawy zostały wykonane należycie.

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

Zamawiający uzna warunek za spełniony jeśli Wykonawca wykaże wykonanie 3 dostaw odpowiadających swoim rodzajem i wartością przedmiotowi zamówienia (odpowiednio do pakietu, na który Wykonawca złoży ofertę).

Dostawa aparatury i sprzętu medycznego

III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI

III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi

tak nie

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) RODZAJ PROCEDURY

IV.1.1) Rodzaj procedury

- Otwarta
- Ograniczona
- Ograniczona przyspieszona
- Negocjacyjna

Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

Kandydaci zostali już zakwalifikowani

- tak
- nie

Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców *Informacje Dodatkowe*

- Negocjacyjna przyspieszona
- Dialog konkurencyjny

Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców

LUB Przewidywana minimalna liczba a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba

Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

- tak
- nie

IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1. cena	95	6.	
2. termin realizacji zamówienia	5	7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)

WSS5/EP/310/2009

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak nie

Jeżeli tak,

Wstępne ogłoszenie informacyjne Ogłoszenie o profilu nabywcy

Numer ogłoszenia w Dz.U.: **IS** - z dnia (dd/mm/rrrr)

Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)

IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów

Data: 15/10/2009 (dd/mm/rrrr)

Godzina: 08:30

Dokumenty odpłatne

tak nie

Jeżeli tak, Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): 10.00 Waluta: PLN

Warunki i sposób płatności:

gotówka, w kasie w siedzibie Zamawiającego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 w Sosnowcu, Plac Medyków 1

IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

Data: 15/10/2009 (dd/mm/rrrr)

Godzina: 09:00

IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia):

(w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)

Data: (dd/mm/rrrr)

IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

inny:

IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

lub dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

IV.3.8) Warunki otwarcia ofert

Data: 15/10/2009 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): Siedziba Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 um. Św. Barbary w Sosnowcu

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

tak

nie

SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ *(jeżeli dotyczy)*

tak nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

VI.3) INFORMACJE DODATKOWE *(jeżeli dotyczy)*

VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE

VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Oficjalna nazwa: Prezes Urzędu Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Al. J. Ch. Szuch 2/4

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres internetowy

(URL):

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne *(jeżeli dotyczy)*

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres internetowy

(URL):

VI.4.2) Składanie odwołań (*proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3*)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Urzędu w terminie 10 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia protestu lub upływu terminu rozstrzygnięcia protestu, jednocześnie przekazując kopię treści odwołania zamawiającemu. Złożenie odwołania w placówce pocztowej operatora publicznego jest równoznaczne z jego wniesieniem do Prezesa Urzędu

VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Al. J. Ch. Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres internetowy

www.uzp.gov.pl

(URL):

VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:

03/09/2009 (dd/mm/rrrr)

ZAŁĄCZNIK A

DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

ZAŁĄCZNIK B (5)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA Podnośnik przyłóżkowy

1) KRÓTKI OPIS

szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do SIWZ, na stronie internetowej Zamawiającego www.wss5.pl

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	<input type="text" value="33100000"/>	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znany, szacunkowy koszt bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe) Waluta:

LUB Zakres: między a Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

ZAŁĄCZNIK B (6)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA Waga siedząca lub przyłóżkowa

1) KRÓTKI OPIS

szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do SIWZ, na stronie internetowej Zamawiającego www.wss5.pl

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	<input type="text" value="33100000"/>	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znany, szacunkowy koszt bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe) Waluta:

LUB Zakres: między a Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

ZAŁĄCZNIK B (9)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 9 NAZWA Wziernik okulistyczny obuoczny

1) KRÓTKI OPIS

szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do SIWZ, na stronie internetowej Zamawiającego www.wss5.pl

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	<input type="text" value="33100000"/>	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znany, szacunkowy koszt bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe) Waluta:

LUB Zakres: między a Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

ZAŁĄCZNIK B (10)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 10 NAZWA Aparat do mierzenia ciśnienia, zegarowy, przewoźny

1) KRÓTKI OPIS

szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do SIWZ, na stronie internetowej Zamawiającego www.wss5.pl

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	<input type="text" value="33100000"/>	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znany, szacunkowy koszt bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe) Waluta:

LUB Zakres: między a Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA