

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

1 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

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:**

T e l.: 0 32/3682428

Osoba do

kontaktów: Mariola Kochańska

E-mail: zam.publ@wss5.pl Faks: 032/3682012

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

Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.wss5.pl](http://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

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

2 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY**

#### **DZIAŁALNOŚCI**

Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne

Agencja/Urząd krajowy lub federalny

Organ władzy regionalnej lub lokalnej

Agencja/Urząd regionalny lub lokalny

Podmiot prawa publicznego

Instytucja/agencja europejska lub organizacja

międzynarodowa

Inne

(proszę określić):

Ogólne usługi publiczne

Obrona

Porządek i bezpieczeństwo publiczne

Środowisko

Sprawy gospodarcze i finansowe

Zdrowie

Budownictwo i obiekty komunalne

Ochrona socjalna

Rekreacja, kultura i religia

Edukacja

Inne

(proszę określić):

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających tak nie

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

3 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

#### **II.1) OPIS**

##### **II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII

##### **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 b) Dostawy c) Usługi**

Wykonanie

Zaprojektowanie i wykonanie

Wykonanie, za pomocą

dowolnych środków,

obiektu budowlanego,

odpowiadającego wymogom

określonym przez instytucję

zamawiającą

Kupno

Dzierżawa

Najem

Leasing

Połączenie powyższych

form

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 im. św.

Barbary w Sosnowcu,

ul. Plac Medyków 1, 41-200

Sosnowiec

Kod NUTS PL22B

##### **II.1.3) Ogłoszenie dotyczy**

Zamówienia publicznego Zawarcia umowy ramowej

Utworzenia dynamicznego

systemu zakupów (DSZ)

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

Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami

Liczba , LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba

uczestników planowanej umowy ramowej

Umowa ramowa z jednym wykonawcą

##### **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): :

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

4 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

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

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego dla Oddziału Neurochirurgii.

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

5 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

Słownik główny Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)

Główny przedmiot 33162000

### **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)

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 dotyczy):

lub Zakres: między \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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)

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

6 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

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

### **III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

#### **III.1.1) Wymagane wadzia i gwarancje** (jeżeli dotyczy)

Warunkiem udziału w postępowaniu jest wniesienie wadium w wysokościach:

WADIA

Nr pakietu

Nazwa Kwota wadium

1 Mikroskopy operacyjne 14 000,00 zł.

2 Aspirator ultradźwiękowy 6 800,00 zł.

Wadium należy wpłacić przelewem na rachunek bankowy:

ING B.Ś.K. SA/ Sosnowiec nr 90105013601000002240028866 z oznaczeniem: Przetarg Pt. „Dostawę sprzętu

medycznego dla Oddziału Neurochirurgii.” Nr sprawy WSS5/EP/322/2009”. Środki pieniężne z tytułu wadium

winny wpłynąć na konto Zamawiającego do dnia 15.10.2009 r. do godz. 1000. 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 od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

### **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:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy którzy:

- wnieśli wadium, o którym mowa w punkcie 9 niniejszej specyfikacji.

- posiadają uprawnienie do wykonywania określonej działalności ,

- posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do

wykonania zamówienia lub przedstawia, pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału

technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia.

- znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

- nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

- spełnienie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu, Zamawiający będzie

oceniał na podstawie dokumentów i oświadczeń zawartych w ofercie, przy

zastosowaniu zasady „spełnia/nie spełnia”. Wykonawca musi wykazać spełnienie

każdego z warunków. Niespełnienie któregośkolwiek warunku spowoduje wykluczenie

Wykonawcy.

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

7 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

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, o treści zgodnej ze wzorem,

zamieszczonym w

Rozdziale II, pkt. 2 niniejszej SIWZ,

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:  
Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

*(jeżeli dotyczy):*

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.

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:  
Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

*(jeżeli dotyczy):*

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 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.

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 SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

8 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

#### **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

### **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

9 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

#### **SEKCJA IV: PROCEDURA**

#### **IV.1) RODZAJ PROCEDURY**

##### **IV.1.1) Rodzaj procedury**

Otwarta

Ograniczona

Ograniczona przyspieszona Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

Negocjacyjna Kandydaci zostali już zakwalifikowani

tak nie

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

*Dodatkowe*

Negocjacyjna przyspieszona Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:

Dialog konkurencyjny

##### **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

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

10 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **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**

1. cena 95
2. termin realizacji zamówienia 5
- 3.
- 4.
- 5.

**Kryteria Waga**

- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 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/322/2009

**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: 14/10/2009 (dd/mm/rrrr) Godzina: 14:00

Dokumenty odpłatne

tak nie

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

Warunki i sposób płatności:

w kasie w siedzibie Zamawiającego

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

11 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

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

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

**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**

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: 11:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary, Dział Zamówień Publicznych,

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

tak nie

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

12 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **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: 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

(URL):

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)**

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

(URL):

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

13 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **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, a jeżeli wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone

przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 – w terminie 5 dni, jednocześnie przekazując kopię treści odwołania zamawiającemu. Złożenie odwołania w placówce pocztowej operatorem publicznego jest

równoznaczne z jego wniesieniem do Prezesa Urzędu.

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

14 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **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

(URL):

### **VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

04/09/2009 (dd/mm/rrrr)

## **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

15 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

### **ZAŁĄCZNIK A**

*DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE*

#### **I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALsze INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

K o d pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

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:

K o d pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

K o d p o c z t o w y:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

T e l.:

Osoba do

kontaktów:

E-mail:

F a k s :

Adres internetowy (URL):

**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

16 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

**ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 1 NAZWA Mikroskop operacyjny**

**1) KRÓTKI OPIS**

Mikroskopo operacyjny - szczegółowy opisi zaiwera Załącznik nr 1 do SIWZ

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

Słownik główny Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)

Główny przedmiot 33162000

**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**

**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII**

17 / 17 SIMAP2\_wss5 04.09.2009 02:35 PM MEST- ID:2009-103321 Formularz standardowy 2 — PL

**ZAŁĄCZNIK B (2)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 2 NAZWA Aspirator ultradźwiękowy**

**1) KRÓTKI OPIS**

Aspirator ultradźwiękowy

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

Słownik główny Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)

Główny przedmiot 33162000

**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**