

Załącznik nr 3
do Regulaminu postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych, których wartość szacunkowa nie przekracza kwoty określonej w art.2 ust.1 pkt.1 Ustawy – Prawo Zamówień Publicznych

**Szpital Wojewódzki
im. dr. Ludwika Rydygiera
w Suwałkach
16-400 Suwałki
ul. Szpitalna 60**

Znak sprawy: DE-Z/02/2026

Suwałki, dnia 13-01-2026 r.

Wszyscy Wykonawcy

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

ZAPYTANIE CENOWE

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

Zamawiający: **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki**
zaprasza do złożenia ofert na:

Przedmiot zamówienia:	Dostawa pościeli i bielizny szpitalnej wielokrotnego użytku dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Termin realizacji zamówienia:	12 miesięcy
Okres gwarancji (jeżeli dotyczy):	<u>Min. 24 miesiące</u>
Miejsce i termin złożenia oferty:	Pocztą elektroniczną na adres: m.kupszta@szpital.suwalki.pl lub w siedzibie Zamawiającego Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki, pokój nr 7, Sekretariat <u>do dnia 21/01/2026r. do godziny 12:00</u>
Termin otwarcia ofert:	21/01/2026 godz. 12.30
Warunki płatności:	Zapłata realizowana będzie przelewem na konto Wykonawcy wskazanym na fakturze w terminie do 60 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury na adres siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinny znajdować się wyodrębnione wszystkie pozycje oferowanych towarów oraz wszystkie dane określone w art. 106 e ustawy o VAT.
Kryteria wyboru oferty:	100 % cena
Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:	Marlena Kupszta, mail: m.kupszta@szpital.suwalki.pl tel. 87/5629399
Sposób przygotowania oferty:	ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim

Wykonawca załączy do oferty :	1. Wypełniony załącznik nr 1 do zapytania 2. Wypełniony załącznik nr 2 do zapytania – formularz asortymentowo-cenowy 3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania –wzór umowy 4. Firmowe materiały informacyjne potwierdzające parametry techniczne oferowanego przedmiotu Zamówienia, poświadczonym przez Wykonawcę tłumaczeniem na język polski 5. Dokładne opisy katalogowe oferowanych produktów uwzględniające parametry wymagane przez zamawiającego w załączniku nr 2 formularz asortymentowo-cenowy. Należy zaznaczyć kolorem oferowany asortyment (pozycja z kodem). 6. Oświadczenie, że oferowane w przetargu wyroby są dopuszczone do obrotu na terenie RP i spełniają wymogi Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2024 poz. 1620) i zobowiązanie do dostarczenia na każde żądanie Zamawiającego kopii aktualnych dokumentów potwierdzających zgodność oferowanych wyrobów z odnoszącymi się do nich wymaganiami zasadniczymi (tj. deklaracja zgodności wytwórcy oraz certyfikat jednostki notyfikowalnej – jeżeli dotyczy). Uwaga! Jeżeli wyrób, nie został sklasyfikowany jako wyrób medyczny zgodnie z dyrektywami europejskimi i ustawą o wyrobach medycznych (Ustawa z dnia 7.04.2022r. Dz.U. 2024 poz. 1620 i nie jest objęty deklaracjami zgodności oraz nie podlega żadnemu wpisowi do rejestru, a więc nie posiada znaku CE, to w tym przypadku Zamawiający wymaga załączenia oświadczenia, że oferowany w przedmiotowym postępowaniu produkt (należy go wymienić) nie jest objęty tym wymogiem.
Zamawiający zastrzega sobie prawo do:	- a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania, - b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego, - c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów, - d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający oferty - e)poprawy oczywistych omyłek pisarskich.
Warunki wykluczenia	Wykluczeniu podlegają podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na: a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji; c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika; d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w Stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. Inne (jeśli dotyczy): 1. 2.

Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą.	TAK ☒ NIE ☐

Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Adam Szałanda
.....
Data i podpis osoby upoważnionej

TREŚĆ OFERTY

Wykonawca:

.....

.....

składa ofertę na:

Przedmiot zamówienia:	.....
Pełna nazwa Wykonawcy:	..... .....
Adres Wykonawcy:	..... .....
NIP:	.....
Regon:	.....
Telefon, fax, e-mail:	.....
Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:	.....
Nr rachunku bankowego:	.....
Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:	Cena netto: (słownie złotych) VAT % Cena brutto: (słownie złotych).....
Termin realizacji zamówienia:	.....
Okres gwarancji (jeżeli dotyczy)	.....
Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy)	.....
Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń	☐ TAK
Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje warunki opisane w zapytaniu cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego (jeśli dotyczy)	

.....
(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej).....
(pieczęć Wykonawcy)