

**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

Suwałki, dnia 13.02.2026 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 oraz czipowanie odzieży operacyjnej wielorazowej na oddziały zabiegowe na okres 12 miesięcy 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: a.barszczewski@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<br><u>do dnia 23/02/2026 r. do godziny 12:00</u>   |
| Termin otwarcia ofert:                       | 23.02.2026 r 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: | Adam Barszczewski, mail: a.barszczewski@szpital.suwalki.pl<br>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<br>2. Wypełniony załącznik nr 2 do zapytania – formularz  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>asortymentowo-cenowy</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania – wzór umowy</li> <li>4. Firmowe materiały informacyjne potwierdzające parametry techniczne oferowanego przedmiotu Zamówienia, poświadczonym przez Wykonawcę tłumaczeniem na język polski</li> <li>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).</li> <li>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 notyfikowanej – 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.</li> </ol> |
| <p>Zamawiający zastrzega sobie prawo do:</p>                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,</li> <li>b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,</li> <li>c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,</li> <li>d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający oferty</li> <li>e)poprawy oczywistych omyłek pisarskich.</li> </ol>  |
| <p>Warunki wykluczenia</p>                                   | <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;</li> <li>b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;</li> <li>c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;</li> <li>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.</li> </ol> <p>Inne (jeśli dotyczy):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ....</li> <li>2. ....</li> </ol>  |
| <p>Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą.</p> | <p>TAK <input checked="" type="checkbox"/></p>  |

|  |                              |
|--|------------------------------|
|  | NIE <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|

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

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