



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W KOZIENICACH**

26-900 Koźienice  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
Tel.: (48) 679 72 00  
Fax: (48) 679 59 30  
e-mail: sekretariat@szpitalkozienice.pl

Regon: 670146450  
NIP:812-16-45-639

**SPZZOZ ND.ZP/ ...../2019**

Koźienice, dnia 04.12.2019r.

**WEZWANIE DO ZŁOŻENIA OFERTY DODATKOWEJ**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **„Dostawę produktów leczniczych i materiałów opatrunkowych dla SPZZOZ w Koźienicach II”, nr sprawy 15/PN.ND.ZP/2019**

W przedmiotowym postępowaniu na zadanie nr 16 wpłynęło dwie oferty o takiej samej wartości brutto, takim samym terminie dostawy i stałości cen przez cały okres trwania umowy. W związku z tym Zamawiający nie może dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty, dlatego zgodnie art. 91 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2019 r., poz. 1843)”, Zamawiający wzywa niżej wymienionych Wykonawców do złożenia oferty dodatkowej w zakresie zadania 16:

- 1. Asclepios S.A**  
**ul. Hubska 44**  
**50-502 Wrocław**
- 2. URTICA SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**  
**ul. Krzemieniecka 120**  
**54-613 Wrocław**

Jednocześnie nadmieniam, że zgodnie z art. 91 ust. 6 ww. ustawy Wykonawcy, składając ofertę dodatkową nie mogą zaoferować ceny wyższej, niż zaoferowana w złożonych ofertach. Ofertę dodatkową należy złożyć na formularzu zgodnie ze wzorem (załącznik nr 1).

Ofertę Wykonawca składa przy użyciu miniPortalu <https://miniportal.uzp.gov.pl/>.

**„OFERTA DODATKOWA:**

**„Dostawa produktów leczniczych i materiałów opatrunkowych SP ZZOZ w Koźienicach II.”**  
**Nr. sprawy 15/PN/ND.ZP/2019**

Termin złożenia ofert dodatkowych: 10.12.2019 r., godz. 11:00

Dokumenty do pobrania dostępne są również na stronie Zamawiającego w zakładce zamówienia publiczne: [www.szpitalkozienice.pl](http://www.szpitalkozienice.pl)

Dyrektor  
SP ZZOZ w Koźienicach  
  
mgr Roman Wysocki

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Kozienicach  
ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice

### FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy:

.....  
.....

Adres Wykonawcy:

.....  
.....

NIP: .....

REGON: .....

Fax: .....

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na „Dostawę produktów leczniczych i materiałów opatrunkowych dla SP ZZOZ w Kozienicach II” opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej oraz ogłoszonym na stronie internetowej [www.szpitalkozienice.pl](http://www.szpitalkozienice.pl) i w siedzibie Zamawiającego:

1. Oferujemy wykonanie całości dostaw będących przedmiotem zamówienia, zgodnie z przedmiotem zamówienia stanowiącym załącznik Nr 2 do siwz do oferty :

**Zadanie nr 16**

1) za cenę netto wynosząca ..... zł  
słownie: ..... złotych), plus  
podatek VAT ..... % co daje łącznie cenę brutto ..... zł  
(słownie: ..... złotych)

są to ceny łączne podane także w przedmiocie zamówienia – Załącznik nr 2 siwz.

2) Stałość cen dla Zadania nr 16: **od daty zawarcia umowy do ..... dnia\*/ lub przez cały okres trwania umowy od daty podpisania umowy\*/ lub brak zaoferowanej stałości cen\*/**

*/\* dwie nieprawidłowe odpowiedzi należy bezwzględnie skreślić!*

3) Termin realizacji dostaw częściowych (nie dotyczy dostaw „ na RATUNEK”) Zadanie nr 16:

**24 godz\*/ lub 36 godz\*/ lub 48 godz\*/**

*/\* dwie nieprawidłowe odpowiedzi należy bezwzględnie skreślić!*

3. Warunki płatności: przelew płatny w terminie **60 dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Zamawiającego.

4. Termin wykonania zamówienia:

Dostawa przedmiotu zamówienia odbywać się będzie na koszt i ryzyko Wykonawcy.

Termin realizacji zamówienia: dostawy sukcesywnie w miarę potrzeb zamawiającego przez okres **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.

5. Wadium w kwocie ..... zł, zostało wniesione w dniu ..... w formie .....

.....  
Wadium należy zwrócić w terminie ustalonym ustawą na adres .....

.....  
konto .....

6. Zastrzegamy sobie następujące informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji: .....

7. Osoba/osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia:

1. ....  
(imię, nazwisko, stanowisko, tel./fax)

2. ....  
(imię, nazwisko, stanowisko, tel./fax)

8. Osoba/by uprawniona/ne do podpisania umowy z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

.....  
.....

9. Zamówienie wykonamy sami: **TAK/NIE** (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

.....  
.....  
.....

(jeżeli Wykonawca wskazał **NIE** – należy powyżej wskazać zakres prac powierzony Podwykonawcom oraz Firmę (nazwę) Podwykonawcy)

10. Oświadczam/y, że uważam/y się związany/i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.

11. Oświadczam/y, że zapoznałem/-liśmy się z **Wzorem umowy – Załącznik nr 8** i akceptujemy jego treść. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą podpiszemy umowę na warunkach określonych w SIWZ w terminie wskazanym przez Zamawiającego .

12. Oferta została złożona na ..... kolejno zapisanych i ponumerowanych stronach, które stanowią integralną część oferty.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... (miejsowość), dnia .....

.....  
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)  
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej  
do występowania w jego imieniu