



Szpital Powiatowy  
w Rawiczu Sp. z o.o.

ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz  
T: +48 65 546 24 13-16 (centrala), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)  
E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl  
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422  
Bank Gospodarstwa Krajowego: 44 1130 1088 0001 3108 3620 0001  
Kapitał zakładowy: 51 mln 215 tys. zł w całości opłacony



Rawicz, dn. 05.11.2025 r.

NLO-3820-28/ZO/25

## ZAPYTANIE OFERTOWE – ZAPROSZENIE

### **Dotyczy:**

Zapytanie ofertowe – dot. „Zakupu i dostawa preparatów do dezynfekcji”.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o. o. zaprasza do złożenia oferty pn.: „Zakup i dostawa preparatów do dezynfekcji.”

### **1. ZAMAWIAJĄCY:**

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.

Ul. Gen. Grota Roweckiego 6

63-900 Rawicz

NIP: 699-19-19-769

### **2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 2 Formularzu asortymentowo-cenowym do niniejszego zaproszenia. Przedmiot zamówienia podzielony jest na 6 części. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na jedną lub więcej części.

### **3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:**

3.1. Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP. Oferowane wyroby medyczne muszą posiadać oznakowanie CE. Każda z zaoferowanych pozycji powinna być możliwa do zidentyfikowania poprzez numer katalogowy umieszczony w odpowiednim miejscu w formularzu ofertowo-asortymentowym. Na potwierdzenie wymagań postawionych przez Zamawiającego Wykonawcy zobowiązani są do złożenia w ofercie **dokumentów** potwierdzających dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z:

- a) Ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 750);
- b) Ustawią z dnia z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1620.);
- c) Ustawą z dnia 9 października 2015r. o produktach biobójczych (tj. DZ.U. 2021r. poz. 24)

3.2. Wykonawca zobowiązany jest do złożenia dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań postawionych w niniejszym postępowaniu przez Zamawiającego co do przedmiotu zamówienia, tj.: potwierdzające żądane spektrum i czas działania preparatu dezynfekcyjnego w obszarze medycznym- dla każdej pozycji. Każdy dostarczony dokument winien być opisany w języku polskim wraz ze wskazaniem nr pozycji w formularzu asortymentowo-cenowym, którego dotyczy;

- 3.3. Wykonawca zobowiązany jest do złożenia aktualnej karty charakterystyki substancji niebezpiecznej każdego zaferowanego środka dezynfekcyjnego wydanej przez producenta (w języku polskim) – zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 3.4. Wykonawca przeprowadzi na własny koszt, na wezwanie Zamawiającego, szkolenie personelu Zamawiającego z zakresu prawidłowego stosowania zaferowanych preparatów dezynfekcyjnych. Szkolenie będzie przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego.

#### **4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**

**Do 31 marca 2026 r.**

#### **5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:**

Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

#### **6. TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Ofertę należy złożyć do dnia **14.11.2025 r. do godz. 12.00** na adres: [katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl](mailto:katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl).

**Ofertę należy złożyć w formie elektronicznej. Oferta winna zostać opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

#### **7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy, do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
  - Formularz asortymentowo-cenowy ( Załącznik nr 2 )
  - zaakceptowany wzór umowy ( Załącznik nr 3 )
  - dokumenty wymienione w punkcie 3.1. – 3.3. ZO.

#### **8. INFORMACJE DODATKOWE:**

1. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
2. Termin płatności faktury 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. faktury.
3. Wykonawca zobowiązuje się po wyborze jego oferty do podpisania umowy ( Załącznik nr 3 ).
4. Wykonawca zobowiązany jest wystawić Zamawiającemu fakturę w formie elektronicznej najlepiej w formacie kamsft tekstowy (kodowanie: BLOZ). Faktury w formie elektronicznej należy przysyłać na adres email: [apteka-faktury@szpitalrawicz.pl](mailto:apteka-faktury@szpitalrawicz.pl). Dopuszcza się faktury w formacie pdf.

#### **9. KONTAKT:**

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego na adres: **[katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl](mailto:katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl)**. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Katarzyna Krawczyk tel. 65/537 62 24.