


Kętrzyn, dnia 23.10.2023 r.

**WARMIŃSKO – MAZURSKI ODDZIAŁ
STRAŻY GRANICZNEJ**
im. gen. bryg. Stefana Pasławskiego

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH
dot. zakupu szczepionek dla dorosłych**

o wartości szacunkowej poniżej kwoty 130 000,00 zł netto

Kierownik Służby Zdrowia
W-MOSG z siedzibą w Kętrzynie
mjr SG Marek MAKAREWICZ

.....
KIEROWNIK SŁUŻBY ZDROWIA - LEKARZ
w Służbie Zdrowia
Warminsko-Mazurskiego Oddziału
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie

mjr SG Marek MAKAREWICZ

Dane Zamawiającego:

Warminsko-Mazurski Oddział Straży Granicznej
ul. gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn
tel. (89) 750 30 37
fax (89) 750 37 26
monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl

- I. Ofertę należy złożyć na adres e-mail lub faksem (skan) do dnia **31.10.2023 r.**
nr faksu W- MOSG (89) 750 37 26
e-mail: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od złożenia zamówienia

- II. **Termin realizacji przedmiotu zamówienia:** do 5 dni roboczych od momentu złożenia pisemnego zamówienia przez Zamawiającego

III. **Do kontaktu upoważnieni są:**

Pani Monika Nestorowicz – tel. 89 750 30 37

IV. **Opis przedmiotu zamówienia.**

Przedmiotem zamówienia są szczepionki zgodnie z poniższym opisem przedmiotu zamówienia:

Zestaw nr 1
CLODIVAC

Szczepionka przeciw błonicy i tężcowi, o zmniejszonej zawartości antygeny.

zawiesina do wstrzykiwań; 1 dawka (0,5 ml) zawiera: nie mniej niż 40 j.m. toksoidu tężcowego, nie mniej niż 5 j.m. toksoidu błoniczego; 1 amp. 0,5 ml

- termin ważności : **minimum 12 miesięcy**

Zestaw nr 2
AVAXIM 160U

Szczepionka przeciw WZW A (inaktywowana)

zawiesina do wstrzykiwań; 1 dawka (0,5 ml) zawiera 160 j. antygenowych inaktywowanego wirusa zapalenia wątroby typu A, szczep GBM; 1 ampułkostrzykawka 0,5 ml + igła

- termin ważności: **minimum 12 miesięcy**

Zestaw nr 3
TYPHIN Vi

Szczepionka przeciw durowi brzuszemu, polisacharydowa

roztwór do wstrzykiwań; 1 dawka (0,5 ml) zawiera 25 µg oczyszczonego polisacharydu otoczkowego Vi *Salmonella typhi* (szczep Ty2); 1 ampułkostrzykawka 0,5 ml

- termin ważności : **minimum 12 miesięcy**

Zestaw nr 4
IMOVAX POLIO

Szczepionka przeciw *poliomyelitis*.

zawiesina do wstrzykiwań; 0,5 ml zawiera: 40 j. antygeny D wirusa *poliomyelitis* typ 1, szczep Mahoney (inaktywowany), 8 j. antygeny D wirusa *poliomyelitis* typ 2, szczep MEF-1 (inaktywowany), 32 j. antygeny D wirusa *poliomyelitis* typ 3, szczep Saukett (inaktywowany); 1 ampułkostrzykawka 0,5 ml z igłą

termin ważności : **minimum 12 miesięcy**

Zestaw nr 5
Szczepionka p/ meningokokom*

*Dopuszczalne szczepionki

Nimenrix, 1 dawka/0,5 ml, fiolka+ampułkostrzykawka, 1 szt.

Menveo proszek i roztwór

termin ważności : **minimum 12 miesięcy**

Zestaw nr 6
FSME Immun zawiesina do wstrz. 2,4 MCG/0,5 ML 1 amp. Strz. 0,5 ML

Szczepionka p/ kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych

- **termin ważności: minimum 18 miesięcy**

V. Warunki zamówienia

1. Cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia (koszty transportu, koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia i inne opłaty, które będą niezbędne w celu kompletnego i terminowego wykonania dostawy).
2. Termin realizacji zamówienia – do 5 dni roboczych od momentu złożenia pisemnego zamówienia przez Zamawiającego
3. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć towar do siedziby Zamawiającego w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-14.00 na własny koszt (dostawa na koszt Wykonawcy) i w opakowaniach zapewniających właściwy stan techniczny zamówionego towaru. Wykonawca ponosi całkowitą odpowiedzialność za jego dostawę, kompletność, jakość i uszkodzenia w trakcie transportu.
4. W przypadku korzystania z usług firmy kurierskiej wykonawca zobowiązany jest do poinformowania tej firmy o możliwościach dostarczenia towaru do Zamawiającego (na przesyłce niezbędnym jest umieszczenie adresu Zamawiającego, tak jak zostanie zapisane w zamówieniu, z dopiskiem: **SŁUŻBA ZDROWIA**).
5. Ilość przedmiotów ujęta w kolumnie „ilość” może ulec zmianie w zależności od wartości całkowitej oferty.
6. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w **ciągu 30 dni od daty** otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
7. Zamawiający dopuszcza częściowe dostawy przedmiotu zamówienia z zastrzeżeniem zachowania terminu określonego w pkt. 2.

8. Wartość faktury VAT brutto nie może przekroczyć wartości brutto zamówienia. Dotyczy to każdej pozycji przedmiotu zamówienia znajdującego się w fakturze VAT i w zamówieniu.
9. Wartość brutto podana w zamówieniu jest wartością maksymalną, jaką Zamawiający może przeznaczyć na zakup towaru.
10. W przypadku przekroczenia wartości maksymalnej zamówienia, Zamawiający zażąda korekty faktury VAT.
11. Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia otrzymania zamówienia pocztą elektroniczną bądź faxem (lub doręczenia w inny skuteczny sposób) do Zamawiającego, a tym samym przyjęcia zamówienia do realizacji.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego na każdym etapie bez podania przyczyny (również po złożeniu i rozpatrzeniu ofert)
- 13. Termin zobowiązania ofertą 30 dni**

VI. Wymagane dokumenty.

Podpisany formularz cenowy zgodnie z opisem przedmiotu oraz warunkami zamówienia.

VII. Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Formularz cenowy
- Załącznik nr 2 – Formularz cenowy
- Załącznik nr 3 – Formularz cenowy
- Załącznik nr 4 – Formularz cenowy
- Załącznik nr 5 – Formularz cenowy
- Załącznik nr 6 – Formularz cenowy

VIII. Kryterium oceny ofert – cena 100%. Sposób oceny – minimalizacja.

IX. RODO

Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej pod adresem <http://wm.strazgraniczna.pl/wm/rodo/28503.RODO.html>

Ofertę cenową można złożyć na jeden lub kilka zestawów

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn****Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78****Zestaw nr 1**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	6
1.	CLODIVAC	szt.	230		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn****Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78****Zestaw nr 2**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	6
1.	AVAXIM 160U	szt.	10		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn****Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78****Zestaw nr 3**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	6
1	TYPHIN Vi	szt.	15		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn****Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78****Zestaw nr 4**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	
1	IMOVAX POLIO	szt.	30		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

Zestaw nr 5

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	
1.	Szczepionka p/ meningokokom* Nazwa szczepionki :	szt.	41		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)

FORMULARZ CENOWY

....., dnia2023 r.

.....
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

Zestaw nr 6

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	jm	ilość	Wartość brutto	Termin ważności
1	2	3	4	5	
1	FSME Immun zawiesina do wstrz. 2,4 MCG/0,5 ML 1 amp. Strz. 0,5 ML	szt.	230		
Razem wartość brutto					

Oświadczam, że:

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(podpis)