Ogłoszenie nr 550007273-N-2020 z dnia 14-01-2020 r.

**Bydgoszcz: Dostawę wyrobów medycznych dla pacjenta z pęcherzowym oddzielaniem się naskórka, Epidermolysis Bullosa (EB)”. OGŁOSZENIE O ZAMIARZE ZAWARCIA UMOWY -**

**Zamówienie dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**

nie

**Postępowanie przeprowadza centralny zamawiający**

nie

**Postępowanie przeprowadza podmiot, któremu zamawiający powierzył/powierzyli przeprowadzenie postępowania**

nie

**Postępowanie jest przeprowadzane wspólnie przez zamawiających**

nie

**Postępowanie jest przeprowadzane wspólnie z zamawiającymi z innych państw członkowskich Unii Europejskiej**

nie

**Informacje dodatkowe:**

***SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY***

**I. 1) NAZWA I ADRES:**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Krajowy numer identyfikacyjny 11260740000000, ul. ul. M. Skłodowskiej-Curie  9, 85-094  Bydgoszcz, woj. kujawsko-pomorskie, państwo Polska, tel. 525 854 304, e-mail zamowienia@jurasza.pl, faks 525 854 076.  
Adres strony internetowej (url): www.jurasza.pl

**I. 2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO:**

Podmiot prawa publicznego

***SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA***

**II.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:** Dostawę wyrobów medycznych dla pacjenta z pęcherzowym oddzielaniem się naskórka, Epidermolysis Bullosa (EB)”.  
**Numer referencyjny** NLZ.2020.271.02

Przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia nie przeprowadzono dialogu technicznego

**II.2) Rodzaj zamówienia**

Dostawy

**II.3) Informacja o możliwości składania ofert częściowych:**  
**Zamówienie podzielone jest na części:**

Nie

**II.4) Krótki opis przedmiotu zamówienia***(wielkość, zakres, rodzaj i ilość dostaw, usług lub robót budowlanych lub określenie zapotrzebowania i wymagań)*:  
Określenie wielkości lub zakresu zamówienia: Dostawę wyrobów medycznych dla pacjenta z pęcherzowym oddzielaniem się naskórka, Epidermolysis Bullosa (EB)”.

II.5) Główny Kod CPV: 33190000-8

**II.6) Całkowita wartość zamówienia***(jeżeli zamawiający podaje informacje o wartości zamówienia)*:  
Wartość bez VAT:  
Waluta:  
PLN

***SEKCJA III: PROCEDURA***

**III.1) Tryb udzielenia zamówienia:**

Zamówienie z wolnej ręki

**III.2) Podstawa prawna**  
Postępowanie wszczęte zostało na podstawie  67 UST.1 PKT.3 ustawy Pzp.  
**III.3 Uzasadnienia wyboru trybu**  
Należy podać uzasadnienie faktyczne i prawne wyboru trybu oraz wyjaśnić, dlaczego udzielenie zamówienia jest zgodne z przepisami:  
Pojawiła się nagła, pilna potrzeba DostawY wyrobów medycznych dla pacjenta z pęcherzowym oddzielaniem się naskórka, Epidermolysis Bullosa (EB)”.

***SEKCJA IV: ZAMIAR UDZIELENIA ZAMÓWIENIA***

**CZĘŚĆ NR:**1

**NAZWA:**Opatrunek piankowy w leczeniu ran ostrych i przewlekłych

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Molnlycke,  ,  Przasnyska 6b,  01-756,  Warszawa,  kraj/woj. mazowieckie

**CZĘŚĆ NR:**2

**NAZWA:**Odzież do wsparcia w leczeniu dermatologicznych chorób skóry

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Molnlycke,  ,  Przasnyska 6b,  01-756,  Warszawa,  kraj/woj. mazowieckie

**CZĘŚĆ NR:**3

**NAZWA:**Bandaż wskazany do leczenia Pęcherzowego złuszczania naskórka (EB)

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Molnlycke,  ,  Przasnyska 6b,  01-756,  Warszawa,  kraj/woj. mazowieckie

**CZĘŚĆ NR:**4

**NAZWA:**Opatrunek wskazany do leczenia Pęcherzowego złuszczania naskórka (EB).

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Urgo Medical,  ,  Aleje Jerozolimskie 142b,  02-305,  Warszawa,  kraj/woj. mazowieckie

**CZĘŚĆ NR:**5

**NAZWA:**Opatrunek wielofunkcyjny

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Suport-pharma,  ,  Korczaka 6b,  66-500,  Strzelce Krajeńskie ,  kraj/woj. lubuskie

**CZĘŚĆ NR:**6

**NAZWA:**Opaska do podtrzymywania opatrunków

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Paul Hartmann,  ,  S. Żeromskiego 17,  95-200,  Pabianice,  kraj/woj. łódzkie

**CZĘŚĆ NR:**7

**NAZWA:**Hydrożel do oczyszczania rany z tkanki martwiczej

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY KTÓREMU ZAMAWIAJĄCY ZAMIERZA UDZIELIĆ ZAMÓWIENIA:**

Smith&Nephew,  ,  Osmańska 12,  02-823,  Warszawa,  kraj/woj. mazowieckie