

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrawiskowego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** Szpital Uzdrawiskowy Willa Fortuna s.p.z.o.z.**Adres pocztowy:** Ul. Rafińskiego 3**Miejscowość:** Kołobrzeg**Kod pocztowy:** 78-100**Kraj:** Polska**Punkt kontaktowy:** Szpital Uzdrawiskowy Willa Fortuna s.p.z.o.z.  
Ul. Rafińskiego 3, 78-100 Kołobrzeg**Tel.:** +49 943522146**Osoba do kontaktów:** Bożena Palacz**E-mail:** [bpalacz@willafortuna.pl](mailto:bpalacz@willafortuna.pl)**Faks:** +49 943542337**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.willafortuna.eu](http://www.willafortuna.eu)

Adres profilu nabywcy (URL):

**Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

- ☒ jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
☐ inny: proszę wypełnić załącznik A.I

**Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:**

- ☒ jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
☐ inny: proszę wypełnić załącznik A.II

**Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres:**

- ☒ jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
☐ inny: proszę wypełnić załącznik A.III

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrawiskowego Willa Fortuna s.p.z.o.o. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**

**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne             |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny   | <input type="radio"/> Obrona                              |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej   | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny  | <input type="radio"/> Środowisko                          |
| <input type="radio"/> Podmiot prawa publicznego   | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe      |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa                            | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie                  |
| <input checked="" type="radio"/> Inne (proszę określić):<br>samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej    | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne     |
|   | <input type="radio"/> Ochrona socjalna                    |
|   | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia        |
|   | <input type="radio"/> Edukacja                            |
|   | <input type="radio"/> Inne (proszę określić):             |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

☐ tak ☒ nie

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) OPIS**

**II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala

**II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług**

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

<input type="radio"/> <b>a) Roboty budowlane</b> <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input type="radio"/> <b>b) Dostawy</b> <input type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input checked="" type="radio"/> <b>c) Usługi</b> Kategoria usługi: nr <b>1</b> (dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy	Główne miejsce świadczenia usług  Szpital Uzdrowskowy "Willa Fortuna" s.p.z.o.z., 78-100 Kołobrzeg, ul. Rafińskiego 3  Kod NUTS

**II.1.3) Ogłoszenie dotyczy**

- ☒ Zamówienia publicznego  
☐ Zawarcia umowy ramowej  
☐ Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

**II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)**

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
---	---

**Czas trwania umowy ramowej:**

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

<b>Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia):	

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione****pomieszczenia kuchenne szpitala****II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)**

Przedmiotem zamówienia jest całodzienne żywienie pacjentów z nfz i gości komercyjnych w Szpitalu Uzdrowskim "Willa Fortuna" s.p.z.o.z.

Zakres świadczenia obejmuje też przygotowanie diet: cukrzycowej, lekkostrawnej, wątrobowej.

# Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione

## II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

Główny przedmiot	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
	55320000	

## II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

☐ tak ☒ nie

## II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

☐ tak ☒ nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

- ☐ tylko jednej części  
☐ jednej lub więcej części  
☐ wszystkich części

## II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

☐ tak ☒ nie

## II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA

### II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

### II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

☐ tak ☐ nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji: w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy): lub Zakres: między a
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień: w miesiącach: lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

## II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach: 36 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)
LUB (dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie
Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.o. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM**

**III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

**III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje** *(jeżeli dotyczy)*

Wymagane wadium to 20 000,00 PLN

**III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**

**III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie** *(jeżeli dotyczy)*

**III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia** *(jeżeli dotyczy)*

☐ tak ☒ nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

**III.2) WARUNKI UDZIAŁU**

**III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

**III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów <i>(jeżeli dotyczy):</i> Potwierdzenie posiadania wysokości środków na wykonanie przedmiotowego zamówienia wymaga udokumentowania kwotą nie mniejszą niż 100 000,00 PLN
---	--

**III.2.3) Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów <i>(jeżeli dotyczy):</i>
---	--

**III.2.4) Zamówienia zastrzeżone** *(jeżeli dotyczy)*

☐ tak ☒ nie

☐ Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

☐ Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione**

**~~nomieszczenia kuchenne szpitala~~**

**III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI**

**III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

☐ tak ☒ nie

**Jeżeli tak,** odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

**III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

☒ tak ☐ nie

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrawiskowego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**SEKCJA IV: PROCEDURA**

#### IV.1) RODZAJ PROCEDURY

##### IV.1.1) Rodzaj procedury

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie  <b>Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe</b>
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

##### IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba                      a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

##### IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

☐ tak   ☐ nie



# Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione

## IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

### IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

☐ Najniższa cena

LUB

☒ Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

☒ kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

☐ kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1. <a href="#">Cena oferty</a>	80	6.	
2. <a href="#">Ocena wartości jadłospisów</a>	20	7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

### IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

☐ tak ☒ nie

**Jeżeli tak,** proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

## IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

**IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)**  
[2/ZP-04/2011](#)

### IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

☒ tak ☐ nie

**Jeżeli tak,**

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input checked="" type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	
Numer ogłoszenia w Dz.U.: <a href="#">2011/S 230-037440</a>	z dnia <a href="#">03/02/2011</a> (dd/mm/rrrr)

### IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów
Data: <a href="#">14/06/2011</a> (dd/mm/rrrr) Godzina: <a href="#">08:00</a>
Dokumenty odpłatne
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie
<b>Jeżeli tak,</b> Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta:
Warunki i sposób płatności:

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**

**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 14/06/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 08:00

**IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)**

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

ES CS DA DE ET EL EN FR IT LV LT HU MT NL PL PT SK SL FI SV BG GA RO  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

inny:

**IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)**

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 14/06/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 08:15

Miejsce (jeżeli dotyczy): Gabinet Dyrektora szpitala - w dziale administracyjnym

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

☒ tak ☐ nie

Bożena Palacz, Wiesława Nazorek, Dorota Wrześniewska, Monika Czajkowska, Anna Szlachetka.

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** *(jeżeli dotyczy)*

☒ tak   ☐ nie

**Jeżeli tak**, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń: 2014 rok

**VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH**

☐ tak   ☒ nie

**Jeżeli tak**, odniesienie do projektów i/lub programów:

**VI.3) INFORMACJE DODATKOWE** *(jeżeli dotyczy)*

**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE**

**VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy:

Miejscowość: Warszawa

Kod  
pocztowy:

Kraj: Polska

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** *(jeżeli dotyczy)*

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.4.2) Składanie odwołań** *(proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)*

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**

VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.5) DATA WYŚLANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

*Data wysłania automatycznie się zaktualizuje, kiedy ogłoszenie zostanie wysłane do publikacji*

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**ZAŁĄCZNIK A**

**DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE**

**I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Świadczenie usługi w zakresie przygotowania i podawania posiłków dla pacjentów i gości Szpitala Uzdrowskiego Willa Fortuna s.p.z.o.z. w oparciu o dzierżawione pomieszczenia kuchenne szpitala**  
**Załącznik B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr NAZWA

**1) KRÓTKI OPIS**

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**