**pieczątka** Szczytno, dn. 10.09.2025 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-11/2025**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 12

12-100 Szczytno

tel. (0-89) 623 21 41 fax. (0-89) 623 21 36

NIP: 745-15-93-187 REGON: 519483005

[www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl/) ; e-mail: [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl);

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest Usługa archiwizacji dokumentacji dla ZOZ w Szczytnie
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 1, Zał. nr 2. Zał. nr 3.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 m-cy.**

**IV. OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Oferent powinien stworzyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania (załącznik nr 1 i załącznik nr 2).

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczątką firmową,

- posiadać datę sporządzenia,

- zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,

- podpisana czytelnie przez wykonawcę.

Oferent w celu potwierdzenia, że oferowane dostawy, odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający żąda następujących dokumentów:

1. Wypis z rejestru przedsiębiorców lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej, wystawione w dacie nie wcześniejszej niż sześć miesięcy przed datą złożenia oferty oraz pozwolenia na świadczenie usług w zakresie zamówienia
2. Zaakceptowane wzory umowy.

**Jeżeli oferent nie złoży wszystkich wymaganych dokumentów – Zamawiający wezwie do ich uzupełnienia. Barak odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego będzie skutkował odrzuceniem oferty.**

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem skrzynki elektronicznej e-mail: [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl) :

#### 

#### do dnia 15.09.2025 r. do godz. 23:55 wraz z załączonym wypisem z rejestru przedsiębiorców lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej, wystawione w dacie nie wcześniejszej niż sześć miesięcy przed datą złożenia oferty oraz pozwolenia na świadczenie usług w zakresie zamówienia.

**2.** Ocena ofert zostanie dokonana do dnia  **16.09.2025r.** a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie za pośrednictwem skrzynki elektronicznej e-mail: [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl) .

**3.** Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

**4.** Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

**5.** W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

**VI. KRYTERIA I OCENA OFERT**

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

- Cena 100%

Należy podać cenę dostawy towaru wraz z transportem (netto + VAT = cena brutto)

**VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi oferentów za pośrednictwem skrzynki elektronicznej e-mail: [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl)

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami ws  Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester Szewczyk- tel. 89/ 623-21-41, w godzinach od 730 do 1500. |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

1/ Zał. Nr 1\_Oferta

2/ Zał. Nr 2 - OPZ

2/ Zał. Nr 3 Projekt umowy

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy właściwej

4/ projekt umowy przetwarzania danych osobowych

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**