**pieczątka** Szczytno, dn. 2.06.2015

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-2/2015**

**(dotyczy dostawy gazów medycznych)**

**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: zozszczytno@op.pl; aptekaszpita.@wp.pl

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa** gazów medycznych do siedziby zamawiającego
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr zadania* | *Nazwa produktu* | *Wielkość opakowania* | *Ilość opakowań* | *Ilość kilogramów* |
| 1**\*** | Dwutlenek węgla (medyczny) do laparoskopii z dzierżawą butli | Butla 7,5 kg | 4 | 15 |
| 2**\*** | Podtlenek azotu (medyczny) | Butla 7,0 kg | 40 | 80 |
| 3**\*** | Mieszanina gazów medycznych; Podtlenek azotu 50% / tlen medyczny 50%. Gaz sprężony, system do stosowania w położnictwie | Butla 10,0 litrów/ 2,8m3 | 15 | 1. litrów/42 m3
 |

\* **Możliwość złożenia oferty częściowej na oznaczony numer zadania**

**3.** Realizacja zamówienia odbywać się będzie **sukcesywnie w okresie 12 miesięcy**.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od 01.07.2015r. do 30.06.2016 r.

**IV. OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

 Oferent powinien stworzyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

 Oferta powinna być:

 - opatrzona pieczątką firmową,

 - posiadać datę sporządzenia,

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

 - podpisana czytelnie przez wykonawcę.

Oferent powinien posiadać uprawnienia wymagane w ustawie Prawo farmaceutyczne oraz odrębnych przepisach dotyczącymi gazów medycznych:

* 1. W przypadku produktów leczniczych:
		+ Pozwolenie na dopuszczenie produktu leczniczego – dla każdego z wymienionych produktów wydane przez Ministerstwo Zdrowia,
		+ Zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie wytwarzania oferowanych wyrobów medycznych – dla każdego z wyrobów.
	2. Potwierdzenie złożenia dokumentacji rejestracyjnej wyrobu lub wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu, prowadzonego przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych- dla każdego z wyrobów.

**Brak powyższych dokumentów będzie skutkować odrzuceniem oferty.**

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem (opcjonalnie):

####  - poczty elektronicznej na adres: zozszczytno@op.pl , faksem

####  - na nr: 89/623-21-36,

####  - poczty, kuriera

####  - lub też dostarczona osobiście

#### na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12 12-100 Szczytno do dnia 19.06.2015r. wraz z załączoną kserokopią wypisu 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 w dniu 22.06.2015r. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony o godzinie 12:00 w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.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.

**6.** Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

**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 strony internetowej znajdującej się pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela mgr Roman Grzechnik- kierownik Apteki – tel.89/623-21-34 lub Bohdan Diaków pod numerem telefonu 89/623-21-41 oraz adresem email: zozszczytno@op.pl.; aptekaszpital@wp.pl

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1\_Wzór formularza ofertowego.

 2/ Zał. Nr 2\_Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**