**pieczątka** Szczytno, dn. 11.03.2019

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-7/2019**

**(dostawa ON dla karetek Pogotowia Ratunkowego ZOZ w Szczytnie)**

**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;

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa ON dla karetek Pogotowia Ratunkowego ZOZ w Szczytnie
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2a

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesiący.**

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

1. Wypełniona i podpisana oferta-cenowa, zał. nr 1, 2, 2a i 4
2. Zaakceptowany wzór umowy dostawy (zał. nr 3).

.

**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: bdiakow@szpital.szczytno.pl oraz sszewczyk@szpital.szczytno.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 18.03.2019r. 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 19.03.2019r. 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

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Grzegorz Achremczyk - tel: 695 108 999 |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Bohdan Diaków, specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno, bdiakow@szpital.szczytno.pl.;tel. 89 623 21 41 w godzinach od 730 – do 1430Sylwester Szewczyk , specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno sszewczyk@szpital.szczytno.pl**,**  tel. 89 623 21 41 w godzinach od 730 – do 1430 |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1\_Wzór formularza ofertowego.

 2/ Zał. Nr 2\_ZESTAWIENIE PARAMETRÓW ORGANIZACYJNO – TECHNICZNYCH

3/ Zał Nr 2a\_Formularz asortymentowo – cenowy

4/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

5/ Zał Nr 4\_Wykaz stacji benzynowych

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**