**pieczątka** Szczytno dnia 13.01.2020 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-3/2020**

**(dostawa próżniowego systemu zamkniętego do pobierania krwi dla 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 próżniowego systemu zamkniętego do pobierania krwi do siedziby zamawiającego
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2

**3.** Realizacja zamówienia odbywać się będzie **sukcesywnie w okresie 24 miesięcy**.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: 24 miesięcy od daty podpisania umowy.

**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. Deklaracje zgodności dla przedmiotu zamówienia (w formie oryginału lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem) - potwierdzającą oznakowanie wyrobów znakiem CE lub dokument równoważny.
2. Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zgodnie z ustawą z dnia z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2010r., Nr 107, poz. 679, z późn zm. ).

.

**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: sszewczyk@szpital.szczytno.pl ,

####  - poczty, kuriera

####  - lub też dostarczona osobiście

#### na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12 12-100 Szczytno do dnia 22.01.2020 r. 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 **23.01.2020r**. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony 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 | mgr Iwona Woźny – kierownik Laboratorium ZOZ Szczytno  tel. 089-623 21 27, w godzinach od 730 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester 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\_Formularz asortymentowo-cenowy

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**