**pieczątka** Szczytno, dn. 17.02.2025 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-3/2025**

**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

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest **Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku dla Zespołu**

**Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**

Zapytanie ofertowe podzielone jest na 3 zadania. Oferent może składać ofertę na każde z zadań osobno.

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2.1, 2.2. 2.3

**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.

 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. Wypełnione i podpisane formularz Ofertowy, formularz asortymentowo – cenowy,
2. W celu potwierdzenia zgodności oferowanych dostaw z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia, zamawiający żąda złożenia wraz z ofertą:

- aktualnych materiałów informacyjnych producenta w postaci katalogów, folderów potwierdzających wymagane parametry, potwierdzające spełnianie wymagań opisanych przez Zamawiającego określonych w Załączniku nr 2 do SWZ z zaznaczeniem, której pozycji dotyczą. Dokumenty powinny w sposób jednoznaczny potwierdzić spełnianie warunków postawionych przez Zamawiającego.

- dokumentów dopuszczających wyroby medyczne do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186 z późn. zm.),

- Deklaracje zgodności dla przedmiotu zamówienia (w formie oryginału lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem) - potwierdzającą oznakowanie wyrobów znakiem CE lub dokument równoważny (zadanie 2, 3) lub równoważne.

- AKTUALNE !!! Karty charakterystyki wg. Rozporządzeń UE.

- Próbki - na wezwanie Zamawiającego.

1. Zaakceptowane wzory umowy dostawy.

.

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

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pomocą poczty elektronicznej na adres e-mail: sszewczyk@szpital.szczytno.pl

#### do dnia 21.02.2025 r. do godz. 11:00 wraz z załączonym plikiem: 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 **21.02.2025 r.** a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony na stronie internetowej prowadzonego postępowania: Strona internetowa Zamawiającego.

**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 Platformy Zakupowej Zamawiającego.

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Marek Serafiński - tel.  89/ 623-21-52 w godzinach od 730 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester Szewczyk oraz Bohdan Diaków - tel. 89/ 623-21-41, w godzinach od 730 do 1500. |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1\_Formularz ofertowy

 2/ Zał. Nr 2.1; 2.2, 2.3\_ Formularz asortymentowo-cenowy

2/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**