**pieczątka** Szczytno dnia 21.11.2024 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-12/2024**

**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: [bdiakow@szpital.szczytno.pl](mailto:bdiakow@szpital.szczytno.pl);

Zapytanie ofertowe na **Dostawa noszy elektrycznych dla pogotowia ratunkowego ZOZ w Szczytnie** prowadzone jest na podstawie Regulaminu Wewnętrznego ZOZ w Szczytnie.

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa noszy elektrycznych dla Pogotowia Ratunkowego ZOZ w Szczytnie**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: 7 dni od dnia podpisania umowy.

**IV. OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Oferent powinien stworzyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

Oferta powinna być:

- opatrzona podpisem elektronicznym, kwalifikowalnym,

- 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. **Katalogi, broszury lub inne dokumenty, potwierdzające cechy opisanych noszy.**

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

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

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

#### do dnia 25.11.2024 r.do godz. 10:00 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 2**5.11.2024 r**. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony na platformie zakupowej Zamawiającego.

**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:

<https://szpital.szczytno.pl/page/21/biezace->

**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**

Wykonawca składa ofertę na własnym Formularzu.

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Grzegorz Achremczyk –kierownik pogotowia ratunkowego ZOZ Szczytno  tel. 695-108-999, w godzinach od 730 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester Szewczyk, specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno, [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl).;  tel. 89 623 21 41 w godzinach od 730 – do 1430 |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

**1/ zał. Nr 1 formularz ofertowy**

2/ Zał. Nr 2\_ OPZ/formularz parametrów wymaganych

2/ Zał. Nr 2\_ projekt/wzór umowy

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

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**