**pieczątka** Szczytno dnia 22.03.2019 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-8/2019**

**(dostawa używanego ambulansu wraz z wyposażeniem 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](mailto:zozszczytno@op.pl);

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa używanego ambulansu wraz z wyposażeniem do siedziby zamawiającego;

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2
2. Realizacja zamówienia do 01.04.2019 r.
3. Płatność w 3 ratach miesięcznych (25%, 25% i 50%)

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 01.04.2019 r.

**IV. OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Oferent powinien stworzyć ofertę na własnym formularzu

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 oferowany ambulans i wyposażenie nadają się do użytkowania i posiadają odpowiednie dokumenty.

.

**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: dyrektor@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 29.03.2019 do godz. 12:00.

**2.** Otwarcie ofert zostanie dokonane w dniu **29.03.2019 r. o godz. 12:15**. a ocena wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany dnia 29.03.2019 r **do godz. 14:00**, 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 | Grzegorz Achremczyk 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**

2/ Zał. Nr 2\_Formularz asortymentowo-cenowy

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

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**