**pieczątka** Szczytno, dn. 21.06.2018

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-7/2018**

**(usluga bakowania dokumentacji niearchiwalnej 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**

Przedmiotem zamówienia jest usługa bakowania dokumentacji niearchiwalnej dla ZOZ w Szczytnie

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 3 (wzór umowy). formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego,

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 30 września 2018r.**.**

**IV. OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1) Oferta cenowa powinna określać ceny netto/brutto z zastosowaniem podziału na cenę jednostkową za zniszczenie dokumentów przekazanych Wykonawcy w workach stanowiących własność Zamawiającego

Ceny brutto za wykonanie ww. usługi winne uwzględniać: odbiór worków z dokumentacją z archiwum Zamawijącego, przewiezienie własnym transportem zapakowanej dokumentacji do miejsca, w którym zostanie dokonane zniszczenie, dokonanie zniszczenia dokumentacji wraz z wystawieniem certyfikatu potwierdzającego zniszczenie.

 5Oferent 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 usługi, odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający żąda następujących dokumentów:

* Wypełniony i podpisany formularz-cenowy,
* Zaakceptowany wzór umowy,
* polisa OC
* .wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego (dotyczy podmiotów wpisanych do KRS) bądź zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji działalności gospodarczej (dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą), )
* do oferty należy dołączyć również opis propozycji realizacji procedury niszczenia oraz przykład (wzór) certyfikatu potwierdzającego zniszczenie.

**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: zozszczytno@op.pl

 - faksu 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 29.06.2018r**. 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 .02.07.2018r. 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 | Beata Koczwara- tel. 89 623-21-53, w godzinach od 730 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Bohdan Diaków, specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno, zozszczytno@op.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\_Formularze cenowy

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

 **Zatwierdziła:**