**pieczątka** Szczytno, dn. 28.02.2019

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-6/2019**

**(dotyczy usługi wywozu i utylizacji odpadów medycznych)**

**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 **usługa** z siedziby zamawiającego

**wywóz i utylizacja odpadów medycznych,**

**2.** Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

- **zgodnie z zał. Nr 1**

**3.** Realizacja zamówienia odbywać się będzie **sukcesywnie w okresie 12 miesięcy**.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: 12 miesięcy od daty zawarcia 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.

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres: [bdiakow@szpital.szczytno.pl](mailto:bdiakow@szpital.szczytno.pl) oraz [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@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 07.03.2019 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 gospodarki odpadami.

**2.** Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 08.03.2019 r. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony o godzinie 13:00 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 usługi odbioru i utylizacji 1 kg 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 Bohdan Diaków i Sylwester Szewczyk pod numerem telefonu 89/623-21-41 oraz adresem email: [bdiakow@szpital.szczytno.pl](mailto:bdiakow@szpital.szczytno.pl)oraz[sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl)

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

1/ Zał. Nr 1\_Wzór formularza ofertowego.

2/ Zał. Nr 2\_Projekt umowy

Dyrektor

/-/

Beata Kostrzewa