**pieczątka** Szczytno, dn.30.09.2019 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-20/2019**

**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; bdiakow@szpital.szczytno.pl

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa Nici chirurgicznych oraz wyrobów medycznych dla ZOZ Szczytno**.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: **Zał. nr 2 – arkusz od 1 do 7.**
3. Zamówienie jest podzielne na siedem części. Wykonawcy składają oferty na każdą część zamówienia.

**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. Deklaracje zgodności dla przedmiotu zamówienia (w formie oryginału lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem) - potwierdzającą oznakowanie wyrobów znakiem CE lub dokument równoważny.
2. Wypełnione i podpisane formularze parametrów jakościowych,
3. Zaakceptowane wzory umowy dostawy.

.

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

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem (opcjonalnie):

####  - poczty elektronicznej na adres: 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 07.10.2019 r. do godz. 12:00 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 **07.10.2019 r**. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony 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

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba uprawniona przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Roman Grzechnik- tel. 89/ 623-21-34, w godzinach od 800 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester Szewczyk i Bohdan Diaków- tel. 89/ 623-21-41, w godzinach od 725 do 1500. |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1 - Formularz ofertowy

 2/ Zał. Nr 2. - Formularze asortymentowo-cenowe

3/ Zał. Nr 3 - Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**