**pieczątka** Szczytno, dn. 02.08.2017

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-9/2017**

**(wycinka drzew z terenu 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 usługa wycinki drzew na terenie ZOZ Szczytno.
2. Drewno pozyskane w wyniku wycinki **zostanie przekazane w rozliczeniu na rzecz Wykonawcy**. W związku z tym przy określaniu wartości zamówienia należy uwzględnić wartość pozyskanego drewna.
3. W celu określenia wartości zamówienia zaleca się przeprowadzenie wizji w terenie.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: I etap – 7 dni, następne do 90 dni**.**

**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. Wypełnione i podpisane formularze ofertowy (zał. Nr 1),
2. Zaakceptowany wzór umowy.

.

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

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

#### - poczty elektronicznej na adres: zozszczytno@op.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 16.08.2017r. 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 17.08.2017r. 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 (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 | Hanna Strzemieczna - tel. 89/623-21-46, w godzinach od 730 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Bohdan Diaków, specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno, [zozszczytno@op.pl](mailto: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\_Wykaz drzew

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**