**pieczątka** Szczytno dnia 05.06.2023 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-02/2023**

(dostawa odzieży medycznej oraz obuwia dla personelu 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: [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl);

Zapytanie ofertowe na dostawę odzieży medycznej oraz obuwia dla personelu ZOZ w Szczytnie prowadzone jest na podstawie regulaminu wewnętrznego ZOZ w Szczytnie (do 30 000,00 euro)

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa odzieży medycznej oraz obuwia dla personelu ZOZ w Szczytnie

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2

Przedmiot zamówienia został podzielony na **9 zadań**. **Ofertę można składać na całość przedmiotu zamówienia lub na każde zadanie oddzielnie (oferta częściowa).** Oferta, która nie będzie zawierała wszystkich pozycji asortymentowych w danym zadaniu zostanie odrzucona.

**Wymagania BHP:**

1. Oferowana odzież medyczna musi posiadać deklarację zgodności z wymaganiami zasadniczymi CE.
2. Obuwie ma spełniać wymogi stawiane przez Normę EN 20347 „Wymagania dla obuwia zawodowego do użytku w pracy” dla obuwia profilaktycznego – roboczego – wykonane na spodach antypoślizgowych z pełnym profilem ortopedycznym, wyściółka i cholewka skórzana.

Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnianiu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.

Dokumenty o których mowa powyżej, wykonawca musi przedstawić wraz z pierwszą dostawą lub na każde żądanie zamawiającego.

Zamawiający zastrzega sobie prawo, w celu weryfikacji wiarygodności danych dotyczących przedmiotu zamówienia zawartych w ofercie, do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie próbek oferowanego przedmiotu zamówienia pod rygorem odrzucenia oferty.

1. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji zamówienia: **do 60 dni od daty podpisania umowy.**

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 60 dni od daty podpisania 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.

Oferent w celu potwierdzenia, że oferowane dostawy, odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający żąda następujących dokumentów:

* 1. „Formularz oferty cenowej” oraz formularz asortymentowo-cenowy– dla każdego zadania oddzielnie (zgodny w treści z przedstawionym wzorem).
  2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  3. Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile prawo do podpisania oferty nie wynika z innych dokumentów złożonych wraz z ofertą.
  4. Szczegółowa charakterystyka oferowanego przedmiotu zamówienia (ulotka, folder, opis itp.) z jednoczesnym podaniem producenta, zawierająca minimum informacje podane w opisie przedmiotu zamówienia. **Brak wymaganych dokumentów będzie skutkował odrzuceniem oferty.**

.

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

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty e-mail na adres [sszewczyk@szpital.szczytno.pl](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl) do dnia 13.06.2023 r do godz. 12:00.

**2.** Ocena ofert zostanie dokonana w dniu **13.06.2023 r**.o godz 12:30 a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony na stronie internetowej zamawiającego <http://szpital.szczytno.pl/> w zakładce : przetargi – bieżące.

**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 [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl) oraz e-mailowo.

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Sylwester Szewczyk oraz Bohdan Diaków 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 |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Sylwester Szewczyk oraz Bohdan Diaków 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**

1/ Zał. Nr 1\_Wzór formularza ofertowego.

2/ Zał. Nr 2\_Formularz asortymentowo-cenowy

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**