**pieczątka** Szczytno, dn. 11.10.2016

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-12/2016**

**(dotyczy dostawy środków dezynfekcyjnych)**

**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); [aptekaszpita.@wp.pl](mailto:aptekaszpita.@wp.pl)

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa** środków dezynfekcyjnych do siedziby zamawiającego
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nr pakietu/zadania* | *Nazwa pakietu/zadania* | *Procedura składania oferty* | *Uwagi* |
| 1 | Preparaty do dezynfekcji i mycia skóry, rąk i błon śluzowych | Na wszystkie zadania w pakiecie |  |
| 2 | Preparaty do dezynfekcji i mycia powierzchni | Na wszystkie zadania w pakiecie |  |
| 3 | Preparaty do manualnej i maszynowej dekontaminacji endoskopów i sprzętu medycznego | Na wszystkie zadania w pakiecie |  |
| 4 | Preparaty do dekontaminacji ran, błon śluzowych i skóry | Na wszystkie zadania w pakiecie |  |
| 5 | Akcesoria różne | Dopuszczalna na pojedyncze zadania w pakiecie |  |

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

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od **01.11.2016r. do 31.10.2017r.**

**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,

- zgodna z wymaganiami wg zał. nr 1 do zapytania

**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 , 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 18.10.2016r. 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 19.10.2016r. 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 mgr Roman Grzechnik- kierownik Apteki – tel.89/623-21-34 lub Grażyna Archacka – pielęgniarka epidemiologiczna pod numerem telefonu 89/623-21-45 oraz adresem email: [zozszczytno@op.pl](mailto:zozszczytno@op.pl).; [aptekaszpital@wp.pl](mailto:aptekaszpital@wp.pl) ; agraz@onet.eu

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

1/ Zał. nr 1\_Formularz ofertowy,

2/ Zał. nr 2\_Arkusze asortymentowo-cenowe,

3/ Zał. nr 3\_ Opis i wymagania wobec preparatów,

4/ Zał. nr 4\_Projekt umowy

**Beata Kostrzewa- Dyrektor**

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

**Zatwierdziła:**