**pieczątka** Szczytno, dn. 12.09.2017 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-11/2017**

**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 dostawa leków wg specyfikacji/ załącznik Nr 2 dla ZOZ Szczytno
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2.
3. Zamówienie jest niepodzielne na części. Wykonawcy składają oferty na całość 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, powinien spełnić następujące wymagania:

1. w zakresie dokumentów i oświadczeń: posiadanie koncesji, zezwolenia, decyzja ministra zdrowia o dopuszczeniu do obrotu produktu leczniczego, (świadectwo rejestracji**),** zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w zakresie obrotu hurtowego lekami,
2. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie preparatów różniących się wielkością opakowania i postacią,
3. Zamawiający informuje, że dopuszcza zaoferowanie produktów równoważnych o jakości i właściwościach nie gorszych niż asortyment przedstawiony w załączniku nr 2. Dopuszcza się zaoferowanie tańszych odpowiedników, pod warunkiem zachowania wskazań z ChPL.
4. Zaakceptowania wzoru umowy dostawy.

.

**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 20.09.2017r. 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 2**1.09.2017 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

|  |  |
| --- | --- |
| Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Mgr Roman Grzechnik - tel. 89/ 623-21-34, w godzinach od 9:00 do 1500. |
| Wyjaśnień dotyczących zapytania ofertowego | Bohdan Diaków- tel. 89/ 623-21-41, w godzinach od 730 do 1400. |

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1 Oferta

 2/ Zał. Nr 2\_Formularz cenowy

3/ Zał. Nr 3\_Projekt umowy

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

**Zatwierdziła:**