**pieczątka** Szczytno, dn. 13.08.2025 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-9/2025**

**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. TRYB POSTĘPOWANIA:**

**Postępowanie prowadzone jest na podstawie Regulaminu Wewnętrznego ZOZ w Szczytnie dot. Zamówień Publicznych poniżej progu 130 000,00 zł.**

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest Dostawa artykułów higienicznych dla ZOZ w Szczytnie**.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: **Zał. nr 2**
3. **Zamówienie składa się z 4 pakietów – Wykonawcy mogą składać ofertę na każdą część (pakiet).**

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 m-cy.**

**IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Oferent powinien stworzyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania jak i formularzu elektronicznym udostępnionym na platformie zakupowej zamawiającego.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczątką firmową,

- posiadać datę sporządzenia,

- zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,

- podpisana elektronicznie podpisem kwalifikowalnym lub osobistym przez wykonawcę

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

1. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie wyrobów do obrotu i stosowania w Polsce.
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](mailto:sszewczyk@szpital.szczytno.pl) ,

- poczty, kuriera

- lub też dostarczona osobiście

na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12, 12-100 Szczytno **do dnia 20.08.2025 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.

**2.** Ocena ofert zostanie dokonana w dniu **20.08.2025r**. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie przesłany pocztą elektroniczną do wykonawców.

**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.

**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 na platformie zakupowej zamawiającego.

**VIII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba uprawniona przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami | Marek Serafiński- tel. 89/ 623-21-52, 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**