pieczątkaSzczytno, dn. 12.10.2015

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-3/2015**

**(dotyczy dostawy sprzętu CCTV)**

**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 sprzętu do CCTV** w siedzibie zamawiającego
2. Szczegółowa specyfikacja przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Specyfikacja sprzętu CCTV | Cena | Ilość | Wartość |
| 1 | SZAFA RACKOWA WISZĄCA 19 CALI 09U 600X450 z półką i wentylatorem 120mmx120mm. Drzwi przednie przeszklone z zamkiem. Drzwi boczne zdejmowane bez narzędzi z możliwością założenia zamka |   | 1 szt. |   |
| 2 | [ZAMEK DO DRZWI BOCZNYCH ZGF-03](http://www.eltrox.pl/sprzet-it/szafy-rackowe/akcesoria-do-szaf/zamek-do-drzwi-bocznych-zgf-03.html)  |   | 2 szt. |   |
| 3 | REJESTRATOR HDCVI BCS-CVR1602-III |   | 1 szt. |   |
| 4 | DYSK WD PURPLE 4TB WD40PURX  |   | 1 szt. |   |
| 5 | KAMERA HDCVI BCS-DMHC1200IR3  |   | 4 szt. |   |
| 6 | ZASILACZ VA-1612165R 9591 |   | 1 szt. |   |
| 7 | UPS POWER WALKER VFI 1000 RM LCD |   | 1 szt. |   |
| 8 | LISTWA ZASILAJĄCA LGF-06-Z 6 GNIAZD |   | 1 szt. |   |
| 9 | Panel połączeniowy 16x BNC 19" RACK 1U |   | 1 szt. |   |
| 10 | Wtyk zasilający skręcany |   | 20 szt. |   |
| 11 | Złącze Wtyk F na RG59 z uszczelką |   | 20 szt. |   |
| 12 | Przejście gniazdo F na wtyk BNC |   | 20 szt. |   |
| 13 | [ZESTAW MONTAŻOWY RACK ZGF01](http://www.eltrox.pl/catalog/product/view/id/7250/s/zestaw-montazowy-rack-zgf01/category/362/) |   | 4 szt. |   |
| 14 | Przewód sygnałowy + zasilanie K 60 2x0,5 |   | 300 mb |   |
| 15 | PRZEWÓD CROSS-BNC/0,8  |   | 16 szt. |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Wartość razem |   |   |

**3.** Realizacja zamówienia odbywać się będzie **sukcesywnie w okresie 2 miesięcy**.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od 02.11.2015r. do 31.12.2015 r.

**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.

**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 20.10.2015r. 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 21.10.2015r. 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 Wojciech Dzieleński – tel.89/623-21-40 lub Bohdan Diaków pod numerem telefonu 89/623-21-41 oraz adresem email: zozszczytno@op.pl.

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1\_Wzór formularza ofertowego.

 2/ Zał. Nr 2\_Projekt umowy

 **Zatwierdził:**

 ****