Szczytno, dn. 24.08.2016

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-9/2016**

**(dotyczy dostawy środków czystości)**

**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; aptekaszpita.@wp.pl

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa** środków czystości do siedziby zamawiającego
2. Oferty można składać osobno na wybrane zadanie
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Zad. I

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **nazwa preparatu** | **miara/ opakowanie** | **ilość** | **cena netto** | **wartość netto** |  **VAT 23%** | **wartość brutto** |
| 1 | **NEUTRAL VC-180** | 1L | 12 |   |  |  |  |
| 2 | **NEUTRAL VC-180** | 10L | 41 |   |  |  |  |
| 3 | **GLANZPUR VC-240** | 1L | 36 |   |  |  |  |
| 4 | **GRUNDPUR VC-150** | 1L | 84 |   |  |  |  |
| 5 | **PIKASAT VC-120** | 1L | 180 |   |  |  |  |
| 6 | **METALIC DISPERSION VC-330** | 1 L | 108 |   |  |  |  |
| 7 | **PIKAPUR VC-110** | 1L | 14 |   |  |  |  |

**Zad. II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **nazwa ściereczki** | **opis** | **ilość** | **cena netto** | **wartość netto** |  **VAT 23%** | **wartość brutto** |
| 1 | 3- kolorowe ściereczki do powierzchni | (wiskoza 30x30 cm, nadające się do prania w temp.95 C) | czerwone/różowe- 1000szt |  |  |  |  |
| 2 | żółte – 1000 szt. |  |  |  |  |
| 3 | niebieskie/błękitne- 3000szt |  |  |  |  |

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

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

 Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od **05.09.2016r. do 04.09.2017r.**

**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.

**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 1.09.2016r. 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 02.09.2016r. 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 Marek Serafiński - tel.89/623-21-52 oraz adresem email: zozszczytno@op.pl.; mserafinski@szpital.szczytno.pl

**IX. ZAŁĄCZNIKI**

 1/ Zał. Nr 1\_Projekt umowy

 **Dyrektor Beata Kostrzewa**

**Zatwierdziła:**