

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
z siedzibą w Częstochowie
Sekcja Teleinformatyki
tel.34/ 370 21 12

Zapytanie Ofertowe
na: **dostawa drukarek dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie**

I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie

przy ul. Mirowskiej 15

NIP: 949 17 63 544

REGON: 151586247

KRS: 0000026830

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa **drukarek i urządzeń wielofunkcyjnych dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z ilościami został szczegółowo określony w załączniku nr 1 (na formularzu asortymentowo cenowym) do niniejszego zapytania ofertowego.
3. Wymagana gwarancja: zgodnie z opisem załącznik nr 1.
4. W celu realizacji zamówienia i potwierdzenia, iż przedmiot zamówienia spełnia wymagania Wykonawca złoży Zamawiającemu: foldery, ulotki lub katalogi zawierające opisy, certyfikat CE, dokument potwierdzający dopuszczenie do obrotu na terenie UE dla każdego rodzaju oferowanego asortymentu zgodnie z opisem Zamawiającego, wraz z informacją, którego zadania i której pozycji dokument dotyczy.
5. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania:
 - Wykonawca gwarantuje, że dostarczony towar będzie fabrycznie nowy i wolny od wad.
 - Wykonawca na własny koszt i ryzyko winien dostarczyć przedmiot zamówienia do Zamawiającego.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany ilości poszczególnych pozycji asortymentu oferowanego w ramach umowy, przy zachowaniu cen poszczególnych elementów oraz wartości umowy.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w przypadku zrealizowania zamówienia pod względem wartościowym w terminie wcześniejszym niż okres, na jaki została zawarta.
9. Umowa wygaśnie po upływie okresu, na jaki została zawarta niezależnie od wartości zrealizowanych dostaw, przy czym Zamawiający nie zostanie obciążony kosztami niezrealizowanych dostaw.
10. Termin płatności wymagany 60 dni.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **1 miesiąc od podpisania umowy.**

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

- 1 Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: Sekretariat Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15 Pawilon G, pokój nr 17 z dopiskiem „Zapytanie Ofertowe **dostawa drukarek dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie**” do dnia 08.03.2018 r do godziny 10.00.
- 2 Otwarcie ofert nastąpi 08.03.2018 o godz. 10.30.
- 3 Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
- 4 Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
- 5 W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 6 Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie www.zsm.czyst.pl w dniu **2.03.2018**

VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

- cena 80%
- termin płatności 20 %

Kryterium wyboru ofert w załączniku.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: www.zsm.czyst.pl w zakładce Przetargi / Zapytania ofertowe.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela Kierownik Sekcji Teleinformatyki pod numerem telefonu 34/370 21 12 oraz adresem email: artur@zsm.czyst.pl

IX. ZAŁĄCZNIKI

- formularz asortymentowo cenowy,
- wzór Formularza Oferty,
- projekt umowy.
- kryterium oceny

ZATWIERDZAM

DYREKTOR

WOJCIECH KONIECZNY