

OGŁOSZENIE – ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

oznaczenie sprawy:

zapytanie ofertowe znajduje się na stronie internetowej Zamawiającego/platformie zakupowej

I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespólny 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: „Dzierżawa aparatu do hemofiltracji dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespólnym w Częstochowie”
2. Opis przedmiotu zamówienia:
Stanowi załącznik nr – 1.
3. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom*.

*zaznaczyć odpowiednio

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **zgodnie z opisem w pakiecie.**

Miejsce wykonania zamówienia: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital przy ulicy Mirowskiej 15.

IV. KRYTERIA OCENY OFERT:

Cena - 100%

Inne: podać i opisać wagi procentowe lub sposób przyznawania punktacji – nie dotyczy

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.
2. W przypadku składania oferty w formie papierowej ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie i oznaczyć:
„Oferta na zapytanie ofertowe: „Dzierżawa aparatu do hemofiltracji dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespólnym w Częstochowie”
1. W przypadku składania oferty w innej formie – nie dotyczy
2. Do oferty należy dołączyć:
 - pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy
 - inne dokumenty lub oświadczenia wymagane przez Zamawiającego:
 - projekt umowy dzierżawy do konsultacji z Zamawiającym.
 - do oferty należy dołączyć wyciąg z KRS lub CEIDG.
 - oświadczenie o wpisie na białą listę podatników VAT.
 - formularz oferty wraz z załącznikiem asortymentowo cenowym.

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: **03.11.2023 r. do: 07.11.2023 r. do godziny 12:00.**
2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty tylko w formie elektronicznej na adres sprzetmedyczny@zsm.czest.pl.**
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.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty lub unieważnieniu postępowania zostanie zamieszczona na stronie internetowej/platformie zakupowej Zamawiającego oraz przesłana do Wykonawców.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Osoba/ami uprawnioną/y mi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:
Kierownik Działu Technicznego Krzysztof Cierpiat, Andrzej Tozyk, Kamil Gawron – tel. 34 370 21 28 e-mail:
sprzetmedyczny@zsm.czest.pl

Zamawiający dopuszcza możliwość zadawania pytań do postępowania, które należy za pośrednictwem poczty e-mail na adres: sprzetmedyczny@zsm.czest.pl

Pytania można zadawać najpóźniej do dnia: **06.11.2023.r.** do godziny **10:00**.
Pytania zadane po tym terminie nie uzyskują odpowiedzi.

IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

- formularz oferty,
- załącznik asortymentowo-cenowy nr 1.
- załącznik nr 1 do SWZ Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia,

03.11.2023

ZATWIERDZAM

Zimowina Dyrektora
Zastępcą Dyrektora
ds. Ekonomiczno - Finansowych

Małgorzata Guzik

.....
data i podpis Kierownika Zamawiającego