

OGŁOSZENIE – ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

oznaczenie sprawy:

zapytanie ofertowe znajduje się na stronie internetowej Zamawiającego/platformie zakupowej

I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Mirowskiej 15

NIP: 949 17 63 544

REGON: 151586247

KRS: 000026830

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Wykonanie napraw - dla pakietów 1, 2, 3, 4, sprzętu medycznego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespolonym w Częstochowie**
2. Opis przedmiotu zamówienia:
Stanowi załącznik nr – 4.
3. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom*.
4. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. (Poprzez ofertę częściową należy rozumieć ofertę złożoną na poszczególny pakiet.)
*zaznaczyć odpowiednio

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **do 21 dni od daty zawarcia umowy.**

Miejsce wykonania zamówienia: Oddziały Szpitala przy ulicy Mirowskiej 15, Mickiewicza 12, Bony 1/3

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:
3. „Oferta na zapytanie ofertowe: **Wykonanie napraw - dla pakietów 1, 2, 3, 4 sprzętu medycznego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespolonym 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,
- oświadczenie o wpisie na białą listę podatników VAT, lub oświadczenie podmiotu niebędącego płatnikiem

VAT o zwolnieniu.

- formularz oferty,
- formularz asortymentowo-cenowy stanowiący załącznik nr 2,
- załącznik nr 3 - Oświadczenie – dla wszystkich pakietów,
- załącznik nr 4 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.
- załącznik nr 5 - SEP
- załącznik nr 6 - Autoryzacja

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: **24.01.2024 r. do: 30.01.2024 r. do godziny 10:00.**
2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty w formie elektronicznej na adres sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl, ofertę papierową należy złożyć do Kancelarii Szpitala – przy ul. Mirowskiej 15, pawilon G, I piętro, pokój 1.**
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/yymi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:
Kierownik Działu Technicznego Krzysztof Cierpień,
Starszy Inspektor Kamil Gawron
Inspektor Andrzej Tożyk,
– 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: **26.01.2024r.** do godziny **10:00.**
Pytania zadane po tym terminie nie uzyskują odpowiedzi.

IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

- nr 1 – formularz oferty
- nr 2 – formularz cenowy - (pakiety)
- nr 3 - oświadczenie
- nr 4 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia
- nr 5 – SEP
- nr 6 – Autoryzacja

24. 01. 2024

Z up. ZATWIERDZAM
Zastępca Dyrektora
ds. Eksploatacji i Inżynierii Technicznych

.....
data i podpis Kierownika Zamawiającego