

## 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

Przedmiotem zamówienia jest: „Wymiana kotła CO w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie przy ul. Bony Sforzy 1/3”

1. Opis przedmiotu zamówienia:

**Stanowi załącznik nr – 1.**

3. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom\*.

4. Zamawiający dopuszcza /nie dopuszcza możliwości 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: zgodnie z zapisami umowy.

Miejsce wykonania zamówienia: szpital przy ul. 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:

2. „Oferta na zapytanie ofertowe: „Wymiana kotła CO w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie przy ul. Bony Sforzy 1/3”

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,

- załącznik nr 1 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

### VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: **19.11.2024 r. do: 22.11.2024 r. do godziny 8:00.**

2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty w formie elektronicznej na adres sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl, ofertę papierową należy złożyć do pokoju nr 1, pawilon G, I piętro, szpital przy ul. Mirowskiej 15.**

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.

Kierownik Działu Technicznego

Kamil Gawron

### VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Osoba/ami uprawnioną/yymi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:

Kierownik Działu Technicznego Kamil Gawron, Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych Zbigniew Szyszko

– tel. 34 370 21 28 e-mail: [sprzetmedyczny@zsm.czest.pl](mailto:sprzetmedyczny@zsm.czest.pl)

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

Pytania można zadawać najpóźniej do dnia: **20.11.2024.r.** do godziny 9:00.  
Pytania zadane po tym terminie nie uzyskują odpowiedzi.

### IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

- formularz oferty,
- załącznik nr 1 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

ZATWIERDZAM

DYREKTOR

19. 11. 2024

Beata Szafranek

.....  
data i podpis Kierownika Zamawiającego

Zastępca Dyrektora  
ds. Eksploatacyjno-Technicznych

Zbigniew Szyszko

Kierownik Działu Technicznego

Kamil Gawron