

OGŁOSZENIE – ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

oznaczenie sprawy: STR/ 06 /2024

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: 0000026830

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Wynajem ambulansu z noszami do transportu pacjentów-typ B**
2. Opis przedmiotu zamówienia: **załącznik nr 1 – Opis Przedmiotu Zamówienia**
3. Wymagane oświadczenia/dokumenty: **załącznik nr 1 – Opis Przedmiotu Zamówienia**
4. Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych*.
5. Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom*.
*zaznaczyć odpowiednio

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **12 miesięcy**

Miejsce wykonania zamówienia: **SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie**

IV. KRYTERIA OCENY OFERT:

Cena – 100 %

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: **Wynajem ambulansu z noszami do transportu pacjentów - typ B.**”
3. W przypadku składania oferty w innej formie – opisać sposób składania oferty.
4. Do oferty należy dołączyć:
- pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy
- inne dokumenty lub oświadczenia wymagane przez Zamawiającego: **wypleniony formularz ofertowy, wypełniony formularz asortymentowo-cenowy, dokumenty opisane w załączniku nr 1 - Opis Przedmiotu Zamówienia**

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie do: **20.12.2024r.** do godziny: **11:00.**
2. W przypadku składania oferty w innej formie: - opisać formę i miejsce składania oferty
3. W przypadku składania oferty w formie papierowej za pośrednictwem operatora pocztowego, kuriera lub osobiście należy złożyć ofertę do siedziby Zamawiającego – SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa – budynek G I piętro - sekretariat.
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
6. 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.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Osoba/ami uprawnioną/y do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są: Zbigniew Szyszko tel. 34 370 23 33 e-mail: zszyszko@zsm.czest.pl oraz Magdalena Zatoń tel. 34 370 21 27 e-mail: mzaton@zsm.czest.pl

IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

- formularz oferty
- projekt umowy
- formularz asortymentowo-cenowy
- opis przedmiotu zamówienia

17. 12. 2024

ZATWIERDZAM
DYREKTOR

Beata Kmita

data i podpis Kierownika Zamawiającego