

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
z siedzibą w Częstochowie
Apteka Szpitalna
Tel. 34 37 02 257

Zapytanie Ofertowe
na (dostawy, usługi, roboty budowlane)

I. ZAMAWIAJĄCY

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

NIP: 949 17 63 544 REGON: 151586247 KRS: 0000026830

Nazwa jednostki organizacyjnej nr telefonu i adres do korespondencji:

**Apteka Szpitalna – SP ZOZ Miejski Szpital przy ul. Mirowskiej 15, 42-200
Częstochowa, tel. 34 37 02 257**

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1 Przedmiotem zamówienia jest „**Dostawa immunoglobuliny ludzkiej dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie**”
- 2 Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera:
- Załącznik Nr 1
- 3 Wymagany termin dostawy: 1 dzień roboczy.
- 4 Wymagany termin płatności: 60 dni od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.
- 5 Oferowany asortyment będący produktem leczniczym w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (t. j. Dz. U z 2017 r. poz. 2211 ze zm.) musi być dopuszczony do obrotu i używania w placówkach ochrony zdrowia na terenie RP na zasadach określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne.
- 6 Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
- 7 Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: od dnia podpisania umowy do 04.06.2020 r.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu z załącznikiem 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 Zespolonego, 42-200 Częstochowa ul. Mirowska 15 – Pawilon G, pokój Nr 17 w kopercie**

z opisem „Dostawa immunoglobuliny ludzkiej dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie” do dnia 19.02...2020 r. do godziny 12.00.

- 2 Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
- 3 Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
- 4 W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 5 Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: www.zsm.czyst.pl w dniu 19.02...2020 r.

VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

- cena -100%

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.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela: Agnieszka Fenig – Kier. Apteki Szpitalnej pod numerem telefonu 34 370 22 57 oraz adresem email: apteka@zsm.czyst.pl,

IX. ZAŁĄCZNIKI

- wzór Formularza Oferty wraz z załącznikiem
- Załącznik Nr 1
- projekt umowy

ZATWIERDZAM

DYREKTOR

Wojciech Konieczny