

## 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: **Wykonanie naprawy stołu operacyjnego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespólnym 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.  
\*zaznaczyć odpowiednio

### III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 21 dni od daty zawarcia umowy.  
Miejsce wykonania zamówienia: Oddziały - szpitali przy ul.: 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:
3. „Oferta na zapytanie ofertowe: **Wykonanie naprawy stołu operacyjnego w SPZOZ 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,
- 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 – Świadectwo autoryzacji lub imienny aktualny certyfikat wystawiony przez przedstawiciela poświadczający przeszkolenie w zakresie obsługi serwisowej urządzeń

### VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: 10.04.2024 do: 12.04.2024 do godziny 8:00.
2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty w formie elektronicznej na adres [sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl](mailto: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 Cierpiat,  
Inspektor Mariusz Horn

– 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: 11.04.2024r. do godziny 10:00.  
Pytania zadane po tym terminie nie uzyskują odpowiedzi.

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

- formularz oferty,
- formularz asortymentowo-cenowy stanowiący załącznik nr 2,
- załącznik nr 3 - Oświadczenie,
- załącznik nr 4 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

ZATWIERDZAM

10. 04. 2024

p.o. DYREKTOR

*Mariusz Horn*

.....  
data i podpis Kierownika Zamawiającego