

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 napraw sprzętu medycznego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespólnym w Częstochowie dla 9 pakietów**
 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 poszczególne pakiety.)
- *zaznaczyć odpowiednio

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **Przystąpienie do wykonywania napraw w ciągu 5 dni roboczych 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 napraw sprzętu medycznego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespólnym w Częstochowie dla 9 pakietów**

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.

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie od: **26.04.2024 r. do: 08.05.2024 r. do godziny 9:00.**
2. W przypadku składania oferty w innej formie: **oferty w formie elektronicznej na adres sprzetmedyczny@zsm.czest.pl, ofertę papierową należy złożyć do kancelarii Szpitala – szpital 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

Osobą/ami uprawnioną/yymi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:
Kierownik Działu Technicznego Krzysztof Cierpiat,
Starszy Inspektor Kamil Gawron
Inspektor Mariusz Horn

– tel. 34 370 21 28 e-mail: sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl

Zamawiający dopuszcza możliwość zadawania pytań do postępowania, które należy za pośrednictwem poczty e-mail na adres: sprzetmedyczny@zsm.czyst.pl

Pytania można zadawać najpóźniej do dnia: **30.04.2024.r.** do godziny **9:00**.
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 – dla wszystkich pakietów,
- załącznik nr 4 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia.

26. 04. 2024

ZATWIERDZAM

p.o. DYREKTOR

Martyna Guzik

.....
data i podpis Kierownika Zamawiającego