

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: 0000026830

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Wykonanie napraw sprzętu medycznego w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie dla 7 pakietów – II postępowanie.**
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 poszczególny pakiet.)
*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 Szpitala 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 SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie dla 7 pakietów – II postępowanie.**
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: **04.02.2025 r. do: 07.02.2025 r. do godziny 8:00.**
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

Osoba/ami uprawnioną/y mi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:
Kierownik Działu Technicznego 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: **05.02.2025.r.** do godziny **12:00**

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.

04. 02. 2025

ZATWIERDZAM

DYREKTOR

data i podpis Kierownika Zamawiającego

Zastępca Dyrektora
ds. Eksploatacyjno-Technicznych
Zbigniew Szyszko

Kierownik Działu Technicznego
Kamil Gawron