Suwałki, dnia 29/08/2019r.

Znak sprawy: SZW/DE-Z/ 13 /2019

**ZAPYTANIE CENOWE**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA** |

Zamawiający: **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki**

zaprasza do złożenia ofert na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | Dostawa kaset i materiałów eksploatacyjnych analizatora parametrów krytycznych GEM PREMIER 3500 na okres 12 miesięcy dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach |
| Termin realizacji zamówienia: | 12 miesięcy, dostawa zamówienia max. do 3 dni roboczych od dnia zamówienia |
| Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): | Min. 24 miesiące |
| Miejsce i termin złożenia oferty: | Pocztą elektroniczną na adres: s.mozaryn@szpital.suwalki.pl lub w siedzibie Zamawiającego Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki, pokój nr 7, Sekretariat  do dnia 06 /09/2019r. do godziny 14:00 |
| Termin otwarcia ofert: | 06/09/2019r godzina 14:30 |
| Warunki płatności: | Zapłata realizowana będzie przelewem na konto Wykonawcy wskazanym na fakturze w terminie do 60 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury na adres siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinny znajdować się wyodrębnione wszystkie pozycje oferowanych towarów oraz wszystkie dane określone w art. 106 e ustawy o VAT. |
| Kryteria wyboru oferty: | 60% cena, 40% termin dostawy  Sposób obliczania wartości punktowej kryteriów:  1/ Kryterium nr 1 „Cena” oceniane będzie jak niżej  C min  X = x 60 pkt.  C O  gdzie:  X – wartość punktowa ocenianego kryterium  Cmin – najniższa cena ze złożonych ofert  Co – cena ocenianej oferty  Maksymalna liczba punktów 60 pkt.  2/ Kryterium nr 2 „Termin dostawy” oceniane będzie jak niżej:  Kryterium terminu dostawy i uzupełniania depozytu będzie rozpatrywany na podstawie zadeklarowanego przez Wykonawcę  w Formularzu oferty (załącznik nr do zapytania) terminu dostawy wyrażonego w dniach roboczych.  3 dni - 0 pkt.  2 dni - 40 pkt.  Brak możliwości przyznania punktów pośrednich  Maksymalna liczba punktów 40 pkt.  Punktacja jaką otrzyma Wykonawca w ramach powyższych kryteriów, w niniejszym postępowaniu zostanie ustalona zgodnie ze wzorem określonym powyżej  100% – oznacza, że w postępowaniu można uzyskać max. 100 pkt. w ramach wyżej wymienionych kryteriów (100% ze 100pkt.)  Ocena końcowa danej oferty będzie sumą punktów uzyskanych przez ofertę w zakresie powyższych kryteriów. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najwyższą liczbą punktów. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami: | Możaryn Stanisław |
| Warunki wykluczenia | Wykluczeniu podlegają podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:  a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;  b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;  c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;  d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w Stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli |
| Sposób przygotowania oferty: | ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim |
| Wykonawca załączy do oferty : | 1. Wypełniony załącznik nr 1 do zapytania 2. Wypełniony załącznik nr 2 do zapytania – formularz asortymentowo-cenowy 3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania –wzór umowy 4. Firmowe materiały informacyjne potwierdzające parametry techniczne oferowanego przedmiotu Zamówienia, poświadczonym przez Wykonawcę tłumaczeniem na język polski 5. Dokładne opisy katalogowe oferowanych produktów uwzględniające parametry wymagane przez zamawiającego w załączniku nr 2 formularz asortymentowo-cenowy. Należy zaznaczyć kolorem oferowany asortyment (pozycja z kodem). 6. Oświadczenie o wprowadzeniu przedmiotu zamówienia do obrotu zgodnie z przepisami ustawy  z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 tj. ze zm.) zawierające zobowiązanie Wykonawcy do dostarczenia kopii ww. dokumentów na każde żądanie zamawiającego |
| Zamawiający zastrzega sobie prawo do: | a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,  b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,  c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,  d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający oferty  e)poprawy oczywistych omyłek pisarskich. |
| W przypadkach uzasadnionych specyfiką przedmiotu zamówienia, dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę. | TAK  NIE |

Dyrektor

Szpitala Wojewódzkiego

im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Adam Szałanda

Załącznik nr 1 do zapytania

|  |
| --- |
| **TREŚĆ OFERTY** |

Wykonawca: **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

składa ofertę na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | ………………………………………………………………… |
| Pełna nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| NIP: | ………………………………………………………………………….. |
| Regon: | ………………………………………………………………………….. |
| Telefon, fax., e-mail: | ………………………………………………………………………….. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: | ………………………………………………………………………….. |
| Nr rachunku bankowego: | ………………………………………………………………………….. |
| Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za: | Cena netto: ……………………………………………………….  (słownie złotych)………………………………………………..  VAT % ……………………………………………………………….  Cena brutto: ……………………………………………………..  (słownie złotych)………………………………………………. |
| Termin realizacji zamówienia: | ………………………………………………………………………….. |
| Okres gwarancji: | ………………………………………………………………………….. |
| Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: | ………………………………………………………………………….. |
| Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy) | ………………………………………………………………………… |
| Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym | * TAK * NIE |
| Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń | * TAK |
| Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje, warunki opisane w zapytaniu cenowym | |

……………………………………………………….. ………………………………………..................

(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) (pieczątka Wykonawcy)