Kołobrzeg, dnia 17 lipca 2017 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**prowadzonego na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**tj. o wartości poniżej 30 000 euro na:**

***Dostawa worków do żywienia dojelitowego do Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu***

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Określenie trybu:** postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych – zamówienie, którego wartość nie przekracza 30 000 euro.

**Dokumentacja dotycząca zamówienia:** dostępna na stronie internetowej www.szpital.kolobrzeg.pl

**Przedmiot zamówienia:** Dostawa worków do żywienia dojelitowego do Regionalnego Szpitala   
w Kołobrzegu zgodnie z załącznikiem nr 3

Wykonawca, w celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom przedstawi następujące dokumenty:

1. aktualne certyfikaty i charakterystyki produktu leczniczego.
2. dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w zakładach opieki zdrowotnej.
3. aktualna koncesja, zezwolenie lub licencja na prowadzenie hurtowego obrotu produktami medycznymi.
4. zezwolenie na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie objętym zamówieniem wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w trybie przepisów ustawy z dnia   
   6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.)

**Kod CPV:**

33.19.00.00-8- różne urządzenia i produkty medyczne

Zamawiający wymaga, aby przedmiot zamówienia był wykonany, zgodnie z obowiązującym prawem.

Miejsce realizacji: dostawa do siedziby Zamawiającego

Wykonawca zobowiązuje się do wykonania powyższych prac z należytą starannością

i w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

**Zamawiający wymaga okresu ważności**

terminie ważności nie krótszym niż 50% terminu przydatności do użycia i nie krótszym niż 12 miesięcy od daty wydania towaru Zamawiającemu. W przypadku dostarczenia przez Wykonawcę towaru   
o terminie ważności krótszym niż 50% terminu przydatności do użycia lub krótszym niż 12 miesięcy od daty jego wydania Zamawiającemu, Zamawiającemu przysługuje prawo zwrotu towaru na koszt Wykonawcy.

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT, po wykonaniu przedmiotu umowy   
i dokonaniu jego odbioru.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy posiadają wiedzę   
i doświadczenie, tj. Wykonawca musi wykazać się doświadczeniem zawodowym w okresie ostatnich   
3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, w wykonaniu co najmniej 2 zamówień obejmujących wykonanie usługi – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.

Wykonawcy zobowiązani są do dołączenia do oferty aktualnego wyciągu z KRS bądź wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Nie przewiduje się możliwości powierzenia wykonania zamówienia podwykonawcom.

**Termin realizacji:**

Do 17.04.2019 r., poszczególne dostawy wykonane będą na pisemne zlecenie Zamawiającego

**Kryteria oceny ofert:**

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria oceny ofert przedstawione poniżej

#503Cena 100%.

**Miejsce i termin składnia ofert:**

Oferty należy składać w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu, pokój nr 11, do dnia 25 lipca 2017 r. do godziny 1000. Do kontaktu z Zamawiającym wyznaczono osobę: Izabela Kułakowska tel. 94 35 30 262, e-mail: [Izabela.Kulakowska@szpital.kolobrzeg.pl](mailto:Izabela.Kulakowska@szpital.kolobrzeg.pl)

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Adres poczty elektronicznej:.................................................

Strona internetowa: .................................................

Numer telefonu: ……..........................................

Numer faksu: ……..........................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Nazwa i przedmiot zamówienia:**

Dostawa worków do żywienia dojelitowego do Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu zgodnie   
z załącznikiem nr 3

**Wartość zamówienia:**

Zadanie nr 1

cena netto...........................................................................................................zł

(słownie: ..............................................................................................................)

podatek VAT........% w kwocie............................................................................zł

cena brutto..........................................................................................................zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Termin wykonania zamówienia:**

Do 17.04.2019 r.

**Okres ważności**

terminie ważności nie krótszym niż 50% terminu przydatności do użycia i nie krótszym niż 12 miesięcy od daty wydania towaru Zamawiającemu. W przypadku dostarczenia przez Wykonawcę towaru   
o terminie ważności krótszym niż 50% terminu przydatności do użycia lub krótszym niż 12 miesięcy od daty jego wydania Zamawiającemu, Zamawiającemu przysługuje prawo zwrotu towaru na koszt Wykonawcy.

**Warunki płatności:**

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT, po wykonaniu przedmiotu umowy   
i dokonaniu jego odbioru.

Oświadczamy, że:

* posiadamy wymagane przepisami prawa uprawnienia do wykonania Zamówienia – **do oferty należy dołączyć potwierdzenie posiadania uprawnień;**
* posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Wykaz wykonanych zamówień – załącznik nr 2
3. Formularz cenowy – załącznik nr 3
4. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Certyfikaty, atesty karty charakterystyki itp
6. Wypełniony i parafowany wzór umowy.

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Wykaz usług obejmujących wykonanie przedmiotu zamówienia wraz z przedstawieniem dokumentów potwierdzających należyte wykonanie zamówienia – min. 2 zrealizowane dostawy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca – nazwa zamawiającego, telefon | Data wykonania | Przedmiot wykonanej usługi | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)