Kołobrzeg, dnia 24 listopada 2017 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**na: dostawy testów i probówek dla Laboratorium Analitycznego**

**Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu**

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

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

**Przedmiot zamówienia:**

**Dostawa testów i probówek dla Laboratorium Analitycznego Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu.**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został określony w załączniku nr 1. Przedmiot zamówienia został podzielony na 2 zadania. Oferty można składać na jedno, kilka lub wszystkie zadania. Oferty będą oceniane dla każdego zadania osobno.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został określony w załączniku nr 1.

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 1 zamówienia obejmującego dostawę w zakresie przedmiotu zamówienia – załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

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

**Termin realizacji:**

Zadanie nr 1 - 12 miesięcy od daty zawarcia umowy

Zadanie nr 2 - 36 miesięcy od daty zawarcia umowy

**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
01 grudnia 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.

**Załącznik nr 2**

**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 testów i probówek dla Laboratorium Analitycznego Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu.

**Zadanie nr 1**

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

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

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

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

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

**Zadanie nr 2**

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

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

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

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

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

**Warunki płatności:**

Zapłata nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT po każdej dostawie.

Oświadczamy, że:

* 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. Opis przedmiotu zamówienia – formularz cenowy – załącznik nr 1
2. Formularz oferty – załącznik nr 2
3. Wykaz wykonanych zamówień – załącznik nr 3
4. Wzór umowy – załącznik nr 4
5. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
6. .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... ..........
7. .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... ..........

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)

**Załącznik nr 3**

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

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

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

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

Wykaz usług obejmujących dostawy w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia wraz z przedstawieniem dokumentów potwierdzających należyte wykonanie zamówienia

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

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)