Kołobrzeg, dnia 16 sierpnia 2019 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 i wymiana klimatyzacji typu multisplit na oddziale otolaryngologicznym i oddziale okulistycznym w budynku A na VI piętrze w Regionalnym Szpitalu 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 i wymiana klimatyzacji typu multisplit na oddziale otolaryngologicznym i oddziale okulistycznym w budynku A na VI piętrze w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu – zgodnie z załącznikiem nr 3.

**Kod CPV:**

42.33.12.00-8

Zamawiający wymaga, aby przedmiot zamówienia był wykonany, zgodnie z obowiązującym prawem. Wykonawca musi posiadać odpowiednia uprawnienia. Wykonawca musi posiadać ubezpieczenie OC.

Miejsce realizacji: w siedzibie Zamawiającego.

Wykonawca zobowiązuje się do wykonania powyższych prac z należytą starannością i w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

Zamawiający dokona zapłaty za przedmiot zamówienia w trzech ratach:

1. 1 rata w wysokości 40% wartości zamówienia płatna w terminie 30 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,
2. 2 rata w wysokości 30% wartości zamówienia płatna w terminie 60 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,
3. 3 rata w wysokości 30% wartości zamówienia płatna w terminie 90 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,

Wykonawca wystawi 1 fakturę VAT po wykonaniu usługi oraz podpisaniu przez obie strony protokołu 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 dostawy – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.

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

Nie przewiduje się możliwości powierzenia wykonania zamówienia podwykonawcom.

**Termin realizacji:**

60 dni

**Gwarancja**

Według zaleceń producenta i danych technicznych urządzeń

**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 23.08.2019 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 i wymiana klimatyzacji typu multisplit na oddziale otolaryngologicznym i oddziale okulistycznym w budynku A na VI piętrze w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu – zgodnie z załącznikiem nr 3.

**Wartość zamówienia:**

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

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

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

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

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

**Termin wykonania zamówienia:**

60 dni

**Gwarancja**

…. miesiące

**Warunki płatności:**

Zamawiający dokona zapłaty za przedmiot zamówienia w trzech ratach:

1. 1 rata w wysokości 40% wartości zamówienia płatna w terminie 30 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,
2. 2 rata w wysokości 30% wartości zamówienia płatna w terminie 60 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,
3. 3 rata w wysokości 30% wartości zamówienia płatna w terminie 90 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu faktury VAT,

Wykonawca wystawi 1 fakturę VAT po wykonaniu usługi oraz podpisaniu przez obie strony protokołu 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. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 3
4. Zaakceptowany wzór umowy – załącznik nr 4
5. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
6. Ubezpieczenie OC
7. .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... ..........

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

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

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

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

Wykaz dostaw 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 dostawy | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)