

REGIONALNY SZPITAL
w KOŁOBRZEGU

Kołobrzeg, dnia 13.12.2021 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego
o wartości mniejszej niż 130 000 zł netto na:

Dostawa aparatu do kriochirurgii dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu

I. Nazwa, adres i dane teleadresowe Zamawiającego

Regionalny Szpital w Kołobrzegu
ul. Łopuskiego 31-33
78-100 Kołobrzeg
Tel. 94 35 30 262
e-mail: Karolina.Mucha@szpital.kolobrzeg.pl

Określenie trybu: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest z wyłączeniem zastosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z ze. zm.) z uwagi na treść art. 2 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy – zamówienie, którego wartość jest mniejsza niż 130 000 zł netto.

II. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa aparatu do kriochirurgii dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2.

Okres gwarancji: min. 24 miesiące

Kod CPV: 33165000-4 Przyrządy do kriochirurgii i krioterapii

III. Warunki udziału w postępowaniu

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

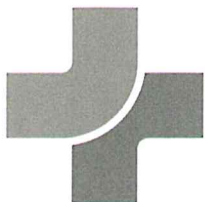
- 1) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadają wiedzę i doświadczenie;
- 3) dysponują odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) posiadają odpowiednią sytuację ekonomiczną i finansową.

IV. Termin realizacji zamówienia: 14 dni od podpisania umowy.

V. Kryteria oceny ofert:

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

Cena 100%.



REGIONALNY SZPITAL
w KOŁOBRZEGU

VI. Opis sposobu przygotowywania ofert.

1. Oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty:
2. Oferta musi być napisana w języku polskim, na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą i czytelną techniką oraz podpisana przez osobę(y) upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy na zewnątrz i zaciągania zobowiązań w wysokości odpowiadającej cenie oferty.
3. W przypadku podpisania oferty oraz poświadczenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osobę niewymienioną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczoną notarialnie.
4. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.
5. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę, zawierającą jedną, jednoznacznie opisaną propozycję. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez danego Wykonawcę.
6. Wykonawca poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
7. Ofertę można złożyć przesyłając na adres Regionalny Szpital w Kołobrzegu ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg, lub przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: Karolina.Mucha@szpital.kolobrzeg.pl w nieprzekraczalnym terminie 20.12.2021 r. do godziny 11⁰⁰.

VII. Istotne postanowienia umowy:

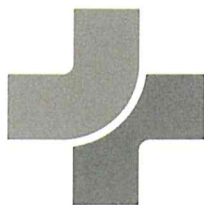
Załącznik nr 1 - Wzór umowy.

Załącznik nr 2 - Opis przedmiotu zamówienia

VIII. Pozostałe postanowienia:

1. Złożenie oferty nie rodzi obowiązku zawarcia umowy.
2. Oferty sporządzone wadliwie lub zgłoszone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
3. Oferty nie spełniające wymagań określonych w zapytaniu ofertowym zostaną odrzucone.
4. Zamawiający może unieważnić zapytanie ofertowe w każdym momencie do czasu zawarcia umowy

Dyrektor
Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu
mgr Małgorzata Grubecka



REGIONALNY SZPITAL
w KOŁOBRZEGU

Oświadczenie Wykonawcy

Oświadczamy, że załączone do zapytania projektowane postanowienia umów zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umów na w/w warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

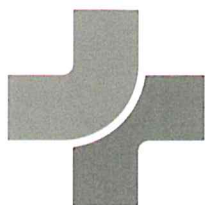
Oświadczamy, że:

- Posiadamy zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
- znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej;
- posiadamy zdolności techniczne i zawodowe;

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2.
3.
4.



REGIONALNY SZPITAL
w KOŁOBRZEGU

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Osoba wyznaczona do kontaktów:

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

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. Dostawy aparatu do kriochirurgii dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu, składamy ofertę na wykonanie całości przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie w kwocie:

Cena oferty:

cena netto.....zł

(słownie:)

podatek VAT.....% w kwocie.....zł

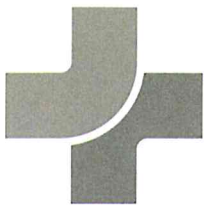
cena brutto.....zł

(słownie:)

Oświadczam, że oferuję okres gwarancji m-ce.

Oświadczam, że zrealizuję zamówienie w terminie do

Akceptuję warunki określone w zapytaniu ofertowym.



REGIONALNY SZPITAL
w KOŁOBRZEGU

Oświadczam, że:

- złożona oferta spełnia wszystkie wymagania zawarte w opisie przedmiotu zamówienia;
- uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty
- posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuje osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;
- znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.

Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy)

