

Łasin, dnia 06.10.2015 r.

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Im. Macieja z Miechowa
86 – 320 Łasin
ul. Radzyńska 4

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
86-320 ŁASIN

tel./fax. (0-56) 466 42 51

Numer sprawy: 24/2015

ZAPYTANIE OFERTOWE

WSZYSCY WYKONAWCY

Działając w imieniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Macieja z Miechowa w Łasinie, w zgodzie z wymogami statutu SP ZOZ Łasin oraz w oparciu o ustawę o finansach publicznych, mając na uwadze, iż zachodzi przesłanka z art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. Zapraszam do złożenia oferty na realizację zamówienia:

„Dostawa karetki dla potrzeb szpitala SP ZOZ w Łasinie”.

2. Opis i zakres przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa używanej karetki do szpitala SP ZOZ w Łasinie, ul. Grudziądzka 2, 86-320 Łasin.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2 do niniejszego Zapytania ofertowego.

Kody klasyfikacji Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

CPV 34.11.41.21-3 Karetki

Pytania do zapytania ofertowego można przysyłać na adres e-mail: spzozlasin@poczta.onet.pl

3. Termin realizacji zamówienia:

Wymagany termin wykonania zamówienia

31.10.2015r.

4. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty powinny zostać złożone pod rygorem nieważności w terminie
do dnia 14 października 2015 r. do godz. 12:00

Oferty należy składać na adres:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Grudziądzka 2

86 – 320 Łasin

pokój nr 2

Otwarcie ofert nastąpi dnia: 14.10.2015 r. o godz. 12:15

5. Na ofertę Wykonawcy składają się następujące wypełnione i podpisane dokumenty:

- załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego,

Ofertę w zamkniętej kopercie z dopiskiem:

„Oferta na karetkę”

należy dostarczyć do siedziby Zamawiającego tj:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Grudziądzka 2

86 – 320 Łasin

Pokój nr 2 SEKRETARIAT

6. Termin związania ofertą: 30 dni

7. Kryteria wyboru oferty: Najniższa cena brutto oferty spełniającej wszystkie wymagania Zamawiającego opisane w niniejszym zapytaniu ofertowym.

8. Opis sposobu obliczenia ceny:

$$P_C = \frac{C_{\min}}{C_{\text{Bad}}} \times 100 \text{ pkt}$$

P_C – liczba punktów w zakresie ceny

C_{\min} – najniższa cena spośród złożonych ofert

C_{bad} – cena badanej oferty

Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, która zdobędzie największą liczbę punktów obliczonych ze wzoru.

9. Wykonawcy, którzy złożą oferty w niniejszym postępowaniu zostaną powiadomieni o wyborze najkorzystniejszej oferty. Wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o formalnościach niezbędnych do zawarcia umowy.

11. Załączniki:

- załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- załącznik nr 2 – Opis przedmiotu zamówienia
- załącznik nr 3 – Projekt umowy
- załącznik nr 4 – Protokół zdawczo-odbiorczy

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krasnie

Mariusz Topolewski