

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: 2/2019

## ZAPYTANIE OFERTOWE

poniżej 30 000 euro

### 1. Zamawiający:

*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, im. Macieja z Miechowa w Łasinie*  
zaprasza do złożenia oferty na:

**„Zakup i dostawę produktów spożywczych do kuchni szpitala SP ZOZ Łasin”.**

### 2. Opis przedmiotu oraz zakres zamówienia:

**Przedmiotem zamówienia** jest zakup i sukcesywna dostawa produktów spożywczych do kuchni szpitala SP ZOZ Łasin, ul. Grudziądzka 2.

Szczegółowy zakres i asortyment przedmiotu przedstawiony w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego – Formularz asortymentowo-cenowy.

Kody klasyfikacji Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

**15800000-6 Różne produkty spożywcze**

**15890000-3 Różne produkty spożywcze i produkty suszone**

### **3. Termin realizacji zamówienia:**

*Wymagany termin wykonania zamówienia*

***Dostawa sukcesywnie w ciągu 24 miesięcy***

### **4. Miejsce i termin składania ofert:**

Oferty powinny zostać złożone pod rygorem nieważności w terminie  
**do dnia 31 stycznia 2019 r. do godz. 12:00**

Oferty należy składać na adres:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**ul. Grudziądzka 2**

**86 – 320 Łasin**

**pokój nr 2 SEKRETARIAT**

**Otwarcie ofert nastąpi dnia: 31.01.2019 r. o godz. 12:15**

**5. Sposób przygotowania oferty:** ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej, umieścić w zabezpieczonej kopercie i opisanej w następujący sposób:

nazwa i adres zamawiającego, nazwa i adres wykonawcy,

z adnotacją dotyczy zapytania ofertowego na realizację zadania pn.

**„Zakup i dostawa produktów spożywczych do kuchni szpitala SP ZOZ Łasin”.**

**6. Termin związania ofertą: 30 dni**

**7. Wykaz oświadczeń i dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy:**

- Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę formularz ofertowy – **załącznik nr 1**
- Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę formularz asortymentowo-cenowy – **załącznik nr 2**

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

**9. 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

$C_{\text{Bad}}$  – cena badanej oferty

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

**10. 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 – Formularz asortymentowo-cenowy
- załącznik nr 3 – Projekt umowy

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łasinie  
*Mariusz Topolewski*