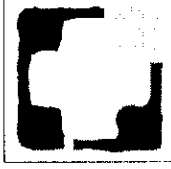




Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o.o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781 fax (32) 43 41 271
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456
kapitał zakładowy: 16 033 500,00 zł.



L.dz.MZOZ/DZP/03M/16

Żory, dnia 03 luty 2016

Zapytanie ofertowe nr 02/ZO/DZP/2016

o wartości poniżej 30 tys. EURO
na dostawę/usługę

POJEMNIKÓW, WORKÓW i AKCESORII DO ODSYSANIA

I. Nazwa i adres Zamawiającego

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach Spółka z o.o.
ul. Dąbrowskiego 20
44-240 Żory
Numer NIP 651-16-04-392
Numer REGON 277951456
e-mail: zaopatrzenie@mzoz.zory.pl
strona internetowa www.mzoz.zory.pl

II. Opis przedmiotu zamówienia

1. KANISTRY

1.1. Pojemniki wielorazowego użytku 1000 ml dostosowane do współpracy z jednorazowymi wkładami workowymi. Pojemniki przezroczyste wykonane z poliwęglanu powinny posiadać certyfikowaną skalę pomiarową, kształt dostosowany do zawieszenia na aparacie do znieczulenia, wyposażone w zintegrowany zaczep do mocowania i króciec obrotowy typu schodkowego, podłączony do źródła próżni na stałe. (3 szt.)
1.2. Pojemniki wielorazowego użytku 2000 ml dostosowane do współpracy z jednorazowymi wkładami workowymi. Pojemniki przezroczyste wykonane z poliwęglanu powinny posiadać certyfikowaną skalę pomiarową wyposażone w zintegrowany zaczep do mocowania i króciec obrotowy typu schodkowego, podłączony do źródła próżni na stałe. (5 szt.)

2. ZAWÓR ODCINAJĄCY

2.1. Obrotowy zawór odcinający umożliwiający szybki odcięcie próżni montowany na pojemniku wielorazowym (5szt.)

3. WSPORNIK DO MOCOWANIA

3.1. Wspornik mocowany do łózka lub szerokiej szyny kompatybilny z pojemnikami wielorazowymi (3szt.)

4. WKLADY WORKOWE

4.1. Wkłady workowe 1000 ml j. uż. na wydzielinę, niesterylne, z proszkiem żelującym, z trwale dołączoną pokrywą kompatybilne z pojemnikami wielorazowymi o pojemności 1000 ml, uszczelniane automatycznie po włączeniu ssania, z filtrem przeciwbakteryjnym pełniącym funkcję zastawki zamykającej się automatycznie po napełnieniu wkładu, posiadające w pokrywie króciec przyłączeniowy typu schodkowego. Nie zawierające PCV. Sprasowane, ułatwiające magazynowanie. (150szt.)

4.2. Wkłady workowe 2000 ml j. uż. na wydzielinę, niesterylne, z proszkiem żelującym, z trwale dołączoną pokrywą kompatybilne z pojemnikami wielorazowymi o pojemności 2000 ml, uszczelniane automatycznie po włączeniu ssania, z filtrem przeciwbakteryjnym pełniącym funkcję zastawki zamykającej się automatycznie po napełnieniu wkładu, posiadające w pokrywie króciec przyłączeniowy typu schodkowego. Nie zawierające PCV. Sprasowane, ułatwiające magazynowanie. (1000szt.)

Dostawa w okresie 12 miesięcy.

Wyjaśnienia i pytania dotyczące zapytania ofertowego należy przesyłać na podany adres e-mailowy jak załącznik w formie WORD do dnia 12.02.2016r.

Wszystkie odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie internetowej Zamawiającego do dnia 15.02.2016r. do godz. 14:00

III. Opis sposobu obliczenia ceny

Cenę oferty należy określić w wysokości złotych netto i brutto.

Cenę oferty należy określać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z 25 maja 2005r. w sprawie zwrotu podatku ... (Dz. U. z 2005r. nr 95 poz. 798 z późn. zm.) § 9 ust. 6. Cenę oferty zaokrągla się do pełnych groszy.

Kwotę podatku VAT należy obliczać zgodnie z zasadami ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity: Dz. U. z 2011r. nr 177, poz. 1054).

W cenę oferty muszą być wliczone wszystkie koszty związane z realizacją umowy a w szczególności koszty transportu, reklamacji itp.

IV. Kryterium oceny ofert

100 % cena po zaakceptowaniu oferowanego asortymentu.

V. Termin wykonania zamówienia

12 miesięcy od daty podpisania umowy

VI. Wykaz dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy

1. Oferta określająca cenę wykonania zamówienia, którą należy złożyć na formularzu ofertowym – załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia. Oferta powinna być podpisana przez osobę do tego uprawnioną.
2. Zaakceptowany wzór umowy, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia podpisany przez osobę do tego upoważnioną.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
4. Pełnomocnictwo do podpisania oferty określające jego zakres w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik. Wymagana forma dokumentu – oryginał lub kopia poświadczona przez uprawnioną osobę.
5. Ulotkę/kartę katalogową lub inny dokument przedstawiający zaproponowany produkt z fotografią i opisem.

VII. Osoby upoważnione do kontaktu ze strony Zamawiającego

mgr Iwona Penkała – st. insp. Działu Zamówień Publicznych i Rozliczania Umów

VIII. Oferty należy składać

w formie pisemnej do Sekretariatu Zarządu Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żorach Sp. z o.o.; ul. Dąbrowskiego 20; 44-240 Żory (II piętro budynku Szpitala) do dnia **17/02/2016 do godz. 12:00**

Załączniki:

1. Wzór umowy
2. Formularz ofertowo-cenowy

ZATWIERDZAM:

PREZES ZARZĄDU

Olewnik

.....
mgr Katarzyna Siermiętek

Sporządził:

3 Inspektor Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczania Umów

.....
mgr Iwona Penkała