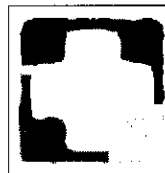




Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o.o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781 fax (32) 43 41 271
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456
kapitał zakładowy: 16 033 500,00 zł.



L.dz.MZOZ/DZP/0609 /16

Żory, dnia 07 marzec 2016

Zapytanie ofertowe nr 07/ZO/DZP/2016
o wartości poniżej 30 tys. EURO
na dostawę/usługę

TESTÓW, PAPIERÓW KREPOWANYCH
i RĘKAWÓW FOLIOWO-PAPIEROWYCH

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

Pakiet 1 – Testy
Pakiet 2 – Papier krepowany i rękawy foliowo-papierowe
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w załączniku (pakiety).

Dostawa w okresie 12 miesięcy.

Wyjaśnienia i pytania dotyczące zapytania ofertowego należy przysyłać na podany adres e-mailowy jako załącznik w formie WORD do dnia 15.03.2016r.

Wszystkie odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie internetowej Zamawiającego do dnia 16.03.2016r. 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 (zaokrąglić do pełnych groszy), zgodnie z art. 106e ust.11 Ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity: Dz. U. z 2011r., Nr 177, poz.1054 z późn. zm.).

Kwotę podatku VAT należy obliczać zgodnie z zasadami ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług.

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 ofertowo-cenowym – załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia. Oferta powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania oferenta.
2. Zaakceptowany wzór umowy, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania oferenta.
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 osobę upoważnioną do reprezentowania oferenta.
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 **18/03/2016 do godz. 12:00**

Załączniki:

1. Wzór umowy
2. Formularz ofertowo-cenowy
3. Pakiety

ZATWIERDZAM:
PREZ. ZARZ.
mgr Iwona Penkała

Sporządził:
insp. Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczania Umów

..... mgr Iwona Penkała