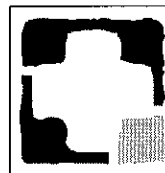




Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o.o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781 fax (32) 43 41 271
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456
kapitał zakładowy: 16 154 100,00 zł.



L.dz.MZOZ/DZP/2168 /16

Żory, dnia 26 wrzesień 2016

Zapytanie ofertowe nr 24/ZO/DZP/2016

o wartości poniżej 30 tys. EURO

na zakup i dostawę wyposażenia na oddziały w Szpitalu Miejskim w Żorach

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

Zgodnie ze specyfikacją parametrów technicznych i użytkowych (załącznik nr 2 i 2A)
Zamawiający zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wezwaniem Wykonawcy do zaprezentowania zaoferowanego asortymentu w siedzibie Zamawiającego.
Kolorystyka w uzgodnieniu z Zamawiającym po podpisaniu umowy.
Wyjaśnienia i pytania dotyczące zapytania ofertowego należy przysyłać na podany adres e-mailowy jako załącznik w pliku edytowalnym **do dnia 05.10.2016r.**
Wszystkie odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie internetowej Zamawiającego do dnia 07.10.2016r. 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 2016r., poz.710 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.

Warunki płatności

60 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej FV po uprzednim dostarczeniu towaru.

IV. Kryterium oceny ofert

100 % cena po zaakceptowaniu oferowanego asortymentu.

V. Termin wykonania zamówienia

Dostawa do 14 dni kalendarzowych.

VI. Wykaz dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy

1. Oferta określająca cenę wykonania zamówienia, którą należy złożyć na formularzu ofertowym – załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia. Oferta powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania oferenta.
2. Specyfikacja parametrów technicznych i użytkowych – załącznik nr 2A (dotyczy pakietu nr 1).
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 z zaznaczeniem którego pakietu i pozycji dotyczy.

VII. Osoby upoważnione do kontaktu ze strony Zamawiającego

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

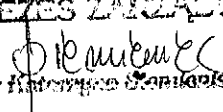
VIII. Oferty należy składać

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 **10/10/2016 do godz. 12:00**

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Pakiety
- 2A. Parametry techniczne
3. Wzór umowy

ZATWIERDZAM:

PREZES ZARZĄDU

mgr Iwona Penkała

Sporządził:

St. Inspektor Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczania Umów

mgr Iwona Penkała