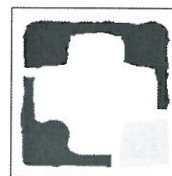




Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o.o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781 fax (32) 43 41 271
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456
kapitał zakładowy: 16 154 100,00 zł.



L.dz.MZOZ/DZP/2544 /16

Żory, dnia 07 listopad 2016

Zapytanie ofertowe nr 27/ZO/DZP/2016
o wartości poniżej 30 tys. EURO
na dostawę/usługę

ŚRODKÓW DO DEZYNFEKCJI

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

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w poszczególnych pakietach i pozycjach.
pakiet nr 1 – Mycie, dezynfekcja i pielęgnacja rąk i ciała
pakiet nr 2 – Roztwory i płyny do odkażania i dezynfekcji skóry i śluzówek
pakiet nr 3 – Dezynfekcja powierzchni
Pakiet nr 4 – Mycie i dezynfekcja narzędzi
Pakiet nr 5 – Spirytus medyczny
Pakiet nr 6 – Wapno sodowane
Pakiet nr 7 – Rękawice, gąbka, czepki do mycia
Pakiet nr 8 – Benzyna apteczna
Pakiet nr 9 – Preparaty do myjek do kaczek i basenów

Ofertę należy przygotować na cały pakiet, wszystkie pozycje w pakiecie.

Wyjaśnienia i pytania dotyczące zapytania ofertowego należy przysyłać na podany adres e-mailowy jako załącznik w pliku edytowalnym **do dnia 25.11.2016r.**

Wszystkie odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie Zamawiającego do dnia 28.11.2016r. do godz. 12:00

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

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 do tego uprawnioną.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
3. Pełnomocnictwo do podpisania oferty określające jego zakres w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik. Wymagana forma dokumentu – oryginał lub kopia poświadczona przez uprawnioną osobę.
4. Ulotkę/kartę katalogową lub inny dokument przedstawiający zaproponowany produkt z fotografią i opisem.
5. Wykonawca w którym zostanie podpisana umowa wraz z pierwszą dostawą dostarczy kartę charakterystyki danego preparatu, a w przypadku zmiany w trakcie trwania umowy dostarczy aktualną.

VII. Osoby upoważnione do kontaktu ze strony Zamawiającego

mgr Iwona Penkała – p.o. kierownik Działu Zamówień Publicznych i Rozliczenia 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 **01/12/2016 do godz. 12:00**

Załączniki:

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

ZATWIERDZAM:

PREZES ZARZĄDU
Katarzyna Siemientas
mgr Katarzyna Siemientas

Sporządził:

p.o. Kierownik
Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczenia Umów
Iwona Penkała
mgr Iwona Penkała