



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: 16 167 600,00 zł



L.dz.MZOZ/DZP/ *207* /17

Żory, dnia 01 czerwiec 2017

**Zapytanie ofertowe nr 11/ZO/2017**  
**o wartości poniżej 30 tys. EURO**  
**na dostawę/usługę**  
**SZYN USZTYWNIAJĄCYCH**

**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: [dzp@mzoz.zory.pl](mailto:dzp@mzoz.zory.pl)  
strona internetowa [bip.mzoz.zory.pl](http://bip.mzoz.zory.pl)

**II. Opis przedmiotu zamówienia**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w formularzu ofertowo-cenowym.

Dostawa towaru loco apteka szpitalna w Żorach; ul. Dąbrowskiego 20 będzie się odbywała sukcesywnie, w zależności od potrzeb Zamawiającego, zgodnie ze złożonym każdorazowo zamówieniem cząstkowym.

Zamawiający wymaga dostaw towaru do apteki w ciągu 2 dni roboczych od daty złożenia u Wykonawcy zamówienia drogą elektroniczną.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zamówienia i dostaw natychmiastowych realizowanych w ciągu 24 godzin (dotyczy dni roboczych), na podstawie zamówienia złożonego drogą elektroniczną lub telefonicznie.

Wyjaśnienia i pytania dotyczące zapytania ofertowego należy przysyłać na podany adres e-mailowy jako załącznik w pliku edytowalnym **do dnia 08-06-2017r.**

**Wszystkie odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie Zamawiającego do dnia 09-06-2017r.**

**III. Opis sposobu obliczenia ceny**

Cenę oferty należy określić w wysokości złotych netto i brutto.

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

Cena oferty winna być zgodna z zapisami art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy o informowaniu o cenach towarów i usług z dnia 9 maja 2014r. (Dz. U. z 2014r., poz. 915).

Cena winna być wyrażona w PLN cyfrą i słownie 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.).

Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą dokonywane wyłącznie w walucie PLN.

Cena oferty winna zawierać łączną cenę całego przedmiotu zamówienia netto i brutto.

Cena obejmuje wszystkie koszty związane z dostawą, w tym: koszt zakupu, produkcji, transportu, reklamacji itp.

Do porównania ofert będzie brana pod uwagę cena całkowita brutto (z VAT).

Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Cenę w Formularzu ofertowo-cenowym należy obliczyć wg poniższych zasad:

A – ilość

B - cena jednostkowa za sztukę netto

C – wartość netto stanowiąca iloczyn A\*B

D - stawka podatku VAT podana w procentach

E – wartość brutto stanowiąca sumę C + D

#### **Warunki płatności**

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

#### **IV. Kryterium oceny ofert**

| Lp. | Opis kryteriów oceny | Znaczenie (w%) |
|-----|----------------------|----------------|
| 1   | Cena                 | 100            |

Zastosowane wzory do obliczenia punktowego:

A/ Punktacja za cenę oferty ustalona jest w sposób następujący:

najniższa oferowana cena brutto

\_\_\_\_\_ x 100 x 100% = ocena oferty

cena brutto oferty badanej

**Maksymalna ilość punktów w kryterium – cena – to 100 pkt**

#### **V. Termin wykonania zamówienia**

24 miesiące od daty zawarcia 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 lub podane źródło (link) z którego Zamawiający ma skorzystać do pobrania danych.
3. Pełnomocnictwo do podpisania oferty określające jego zakres w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik. Wymagana forma dokumentu – oryginał lub kopia poświadczona przez uprawnioną osobę.

#### **VII. Osoby upoważnione do kontaktu ze strony Zamawiającego**

mgr Iwona Penkała – p.o. kierownik 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 **13-06-2017 do godz. 12:00**

#### **Załączniki:**

1. Wzór umowy
2. Formularz ofertowo-cenowy

Sporządził:

ZATWIERDZAM:

PREZES ZARZĄDU

*Katarzyna Siemieniuk*  
mgr Katarzyna Siemieniuk

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