



Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o. o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781
NIP 651-16-04-392
Regon 277951456
kapitał zakładowy: 19 693.800,00 zł



L.dz.MZOZ/DZP/ 00921 /21

Żory, dnia 14 stycznia 2021

Zapytanie cenowe nr 01/2021

dotyczy DOSTAWY MEBLI DLA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII
MZOZ w Żorach Sp. z o. o.

I. ZAMAWIAJĄCY

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o. o.
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
tel. (32) 43 41 781
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456
kapitał zakładowy: 19.693.800,00 zł

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zapytania cenowego jest dostawa mebli wraz z montażem i transportem.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zapytania cenowego w formularzu cenowym.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wezwaniem Wykonawcy do zaprezentowania zaoferowanego asortymentu w formie fotograficznej w postaci elektronicznej na adres mailowy Zamawiającego.
Kolorystyka w uzgodnieniu z Zamawiającym.
4. Gwarancja wymagana minimum 24 miesiące.
5. Zamawiający zobowiązuje Wykonawcę po wyborze najkorzystniejszej oferty, do dostarczenia zaproponowanego asortymentu, zabudowę i montaż w terminie **do 05.02.2021r.**

III. ADRES DOSTAWY ZAMÓWIENIA

Żory; ul. Dąbrowskiego 20
e-mail: dzp@mzoz.zory.pl
osoba do kontaktu w sprawie zamówienia
Katarzyna Siemieniec – Prezes Zarządu tel. 32/43-41-245 w.300
Iwona Penkała – kierownik Działu Zamówień Publicznych i Rozliczania Umów tel. 503-870-524

IV. TERMIN ZAPŁATY ZA ZAMÓWIENIA

Zapłata nastąpi po zakończeniu realizacji zamówienia na podstawie wystawionej faktury VAT 21 dni od daty wpływu faktury.

Zamawiający dopuszcza fakturę elektroniczną wysłaną na adres e-mail: efaktura@mzoz.zory.pl

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferta powinna zawierać

Wypełniony formularz ofertowy.

Wypełniony szczegółowy formularz cenowy.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczęcią firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę Wykonawcy, numer telefonu, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez Wykonawcę,
- zawierać dane osoby do kontaktu w sprawie oferty - adres e-mail, numer telefonu.

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem: poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres:

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach Sp. z o. o.

Budynek Administracji

Dział Zamówień Publicznych i Rozliczania Umów

ul. Dąbrowskiego 20

44-240 Żory

w godzinach od 8:00 do 14:00 w terminie **do dnia 21.01.2021r. do godziny 12:00**

Zamawiający dopuszcza również złożenie oferty elektronicznej na adres e-mail: dzp@mzoz.zory.pl

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

VII. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

Cena po zaakceptowaniu asortymentu Wykonawcy.

VIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawcę pocztą elektroniczną.

IX. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela

Katarzyna Siemieniec – Prezes Zarządu tel. 32/43-41-245 w.300

Iwona Penkała – kierownik Działu Zamówień Publicznych i Rozliczania Umów tel. 503-870-524

X. UWAGI KOŃCOWE

1. Zamawiającemu przysługuje prawo zamknięcia niniejszego zapytania cenowego, bez podania przyczyny, bez wybierania którejkolwiek oferty.
2. W przypadku nie wybrania Wykonawcy (np. brak ofert, odrzucenie ofert) Zamawiający dopuszcza możliwość ponownego rozpoczęcia procedury zapytania cenowego.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do skontaktowania się z właściwymi oferentami w celu uzupełnienia lub doprecyzowania ofert.
4. W przypadku, gdy najtańsza oferta przewyższa kwotę jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia Zamawiający zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia negocjacji.

XI. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 Formularz cenowy

ZATWIERDZIŁ:

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczania Umów

[Podpis]
mgr Iwona Penkała

SPORZĄDZIŁ

[Podpis]
mgr Katarzyna Siemieniec

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o.o.
NIP: 651-16-04-392, REGON: 277951456
KRS: 0000087474
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20
woj. śląskie, tel. 32 434 17 81