



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: 22 403.700,00 zł



L.dz.MZOZ/DZP/ *013* /21

Żory, dnia 04 lutego 2021

Zapytanie cenowe nr 03/2021

dotyczy DOSTAWY POMP INFUZYJNYCH ORAZ STACJI DOKUJĄCYCH dla 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: 22.403.700,00 zł

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zapytania cenowego jest **dostawa pomp infuzyjnych w ilości 12 sztuk oraz stacji dokujących w ilości 2 sztuki.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zapytania cenowego w formularzu - opis przedmiotu zamówienia.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wezwaniem Wykonawcy do zaprezentowania zaoferowanego asortymentu w formie fotograficznej w postaci elektronicznej na adres mailowy Zamawiającego.
4. Gwarancja wymagana minimum 24 miesiące.

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 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 ofertowo-cenowy.

Wypełniony szczegółowy formularz - opis przedmiotu zamówienia.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczętą 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 15.02.2021r. 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 - opis przedmiotu zamówienia

ZATWIERDZIŁ:

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
i Rozliczania Umów

mgr Iwona Penkała

SPORZĄDZIŁ

PRACOWNIK
Kierownik
mgr Katarzyna Siemieniec