

ZOZ Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
z siedzibą we Włoszczowie
tel./fax email: 602 478 230 przeglady@zozwloszczowa.pl

Włoszczowa 26.04.2019

Znak Sprawy 12/04/2019

Zapytanie Ofertowe na wykonanie przeglądów technicznych aparatury medycznej wraz z wydaniem świadectw sprawności technicznej

I. ZAMAWIAJĄCY

**ZOZ Szpital Powiatowy in. Jana Pawła II z siedzibą we Włoszczowie
przy ul. Żeromskiego 28
NIP: 656-18-55-908 REGON: 000304295 KRS: 0000057160**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie , 29-100 Włoszczowa ul. Żeromskiego 28
602 478 230 przeglady@zozwloszczowa.pl

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1 Przedmiotem zamówienia jest wykonanie przeglądów okresowych aparatury medycznej w miesiącu maj wraz z wydaniem świadectw sprawności technicznej.
- 2 Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 2.
- 3 Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
- 4 Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
- 5 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania:
 - posiadać aktualne i obowiązujące uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego
 - posiadać niezbędną wiedzę oraz dysponujący potencjałem technicznym i kadrowym zdolnym do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 31.05.2019

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania załącznik nr 1 i załączniku nr 2. Prosimy o podanie zryczałtowanej stawki za wykonanie **konserwacji i okresowego przeglądu** techniczno-eksploatacyjnego wraz z montażem, demontażem, transportem, wydaniem świadectwa sprawności technicznej, wydaniem opinii o sprzęcie medycznym i innymi kosztami.

V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

- 1 Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie , 29-100 Włoszczowa ul. Żeromskiego 28 do dnia **08.05.2019** do godziny **11.15** w oznaczonej kopercie „wykonanie przeglądów okresowych aparatury medycznej miesiąc maj”. Otwarcie ofert nastąpi **08.05.2019** o godz. **11.15** w sali konferencyjnej ZOZ Włoszczowa.
- 2 Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
- 3 Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

- 4 W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 5 Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: <http://www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa/> w dniu 26.04.2019

VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

-cena - 100%

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: <http://www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa>

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

1. Dodatkowych informacji udziela Przemysław Orzechowski pod numerem telefonu 602 478 30 oraz adresem email: przeglady@zozwloszczowa.pl
2. Zamawiający może unieważnić postępowanie na każdym etapie postępowania bez podawania przyczyn.

IX. ZAŁĄCZNIKI

- wzór Formularza Oferty załącznik nr 1
- wykaz sprzętu medycznego załącznik nr 2

Kierownik
ds. administracyjno-technicznych
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie
Przemysław Orzechowski

ZATWIERDZAM
DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Włoszczowie
Rafał Krupa