|  |
| --- |
| **Załącznik nr 3 do Regulaminu** |

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

ul. Szpitalna 60

16-400 Suwałki

Znak sprawy: SZW/DE-Z/08/2021

 Suwałki, dnia 22.06.2021

**ZAPYTANIE CENOWE**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA** |

Zamawiający: **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki**

zaprasza do złożenia ofert na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | Zakup płynów i proszków do prania oraz środków czystościowych i myjących wg załącznika nr 1 i 2 |
| Termin realizacji zamówienia: | 24 miesięcy |
| Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): | ---------------- |
| Miejsce i termin złożenia oferty: | Sekretariat Szpitala Wojewódzkiego ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki  |
| Termin otwarcia ofert: | 25.06.2021 godzina 10.00 |
| Warunki płatności: | Przelew 60 dni |
| Kryteria wyboru oferty: | Cena 100% |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami: | Zdzisław Grabowski tel./fax 87 562399 lub 509957625 |
| Sposób przygotowania oferty: | Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w j. polskim. |
| Wykonawca załączy do oferty : | Zgodnie z wymaganiami dotyczącymi załącznika nr 1 |
| Zamawiający zastrzega sobie prawo do: | a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający ofertye)poprawy oczywistych omyłek pisarskich. |
| W przypadkach uzasadnionych specyfiką przedmiotu zamówienia, dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę. | * TAK
* NIE
 |

Data i Podpis osoby upoważnionej

|  |
| --- |
| **TREŚĆ OFERTY** |

Wykonawca: **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

składa ofertę na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | …………………………………………………………………………. |
| Pełna nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| NIP: | ………………………………………………………………………….. |
| Regon: | ………………………………………………………………………….. |
| Telefon, fax., e-mail: | ………………………………………………………………………….. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: | ………………………………………………………………………….. |
| Nr rachunku bankowego: | ………………………………………………………………………….. |
| Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za: | Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych)………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)………………………………………………. |
| Termin realizacji zamówienia: | ………………………………………………………………………….. |
| Okres gwarancji: | ………………………………………………………………………….. |
| Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy) | ………………………………………………………………………… |
| Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym  | * TAK
* NIE
 |
| Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń | * TAK
 |
| Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje warunki opisane w zapytaniu ofertowym oraz zobowiązuje się do podpisania w umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawi*a*jącego   |

(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) (pieczątka Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić