|  |
| --- |
| **Załącznik nr 3****do Regulaminu postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych, których wartość szacunkowa nie przekracza kwoty określonej w art.2 ust.1 pkt.1 Ustawy – Prawo Zamówień Publicznych** |

**Szpital Wojewódzki**

**im. dr. Ludwika Rydygiera**

**w Suwałkach**

**16-400 Suwałki**

**ul. Szpitalna 60**

|  |  |
| --- | --- |
| Znak sprawy: DE­-Z/ 05 /2023 | Suwałki, dnia 24-04-2023r. |

 Wszyscy Wykonawcy

………………………………….

…………………………………

(nazwa i adres Wykonawcy)

**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: | Dostawa kaset i materiałów eksploatacyjnych analizatora parametrów krytycznych GEM PREMIER 3500 na okres 12 miesięcy dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach |
| Termin realizacji zamówienia: | 12 miesięcy |
| Okres gwarancji *(jeżeli dotyczy)*: | Min. 24 miesiące |
| Miejsce i termin złożenia oferty: | Pocztą elektroniczną na adres: a.truszkowski@szpital.suwalki.pl lub w siedzibie Zamawiającego Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki, pokój nr 7, Sekretariatdo dnia 02/05/2023 r. do godziny 12:00 |
| Termin otwarcia ofert: | 02/05/2023 r godz. 12.30 |
| Warunki płatności: | Zapłata realizowana będzie przelewem na konto Wykonawcy wskazanym na fakturze w terminie do 60 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury na adres siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinny znajdować się wyodrębnione wszystkie pozycje oferowanych towarów oraz wszystkie dane określone w art. 106 e ustawy o VAT. |
| Kryteria wyboru oferty: | 60% cena, 40% termin dostawy Sposób obliczania wartości punktowej kryteriów:1/ Kryterium nr 1 „Cena” oceniane będzie jak niżej C min X = x 60 pkt. Co gdzie:X – wartość punktowa ocenianego kryteriumCmin – najniższa cena ze złożonych ofertCo – cena ocenianej oferty Maksymalna liczba punktów 60 pkt. 2/ Kryterium nr 2 „Termin dostawy” oceniane będzie jak niżej:Kryterium terminu dostawy i uzupełniania depozytu będzie rozpatrywany na podstawie zadeklarowanego przez Wykonawcęw Formularzu oferty (załącznik nr do zapytania) terminu dostawy wyrażonego w dniach roboczych.4 dni - 0 pkt.3 dni - 10 pkt.2 dni - 30 pkt.Brak możliwości przyznania punktów pośrednichMaksymalna liczba punktów 40 pkt.Punktacja jaką otrzyma Wykonawca w ramach powyższych kryteriów, w niniejszym postępowaniu zostanie ustalona zgodnie ze wzorem określonym powyżej100% – oznacza, że w postępowaniu można uzyskać max. 100 pkt. w ramach wyżej wymienionych kryteriów (100% ze 100pkt.)Ocena końcowa danej oferty będzie sumą punktów uzyskanych przez ofertę w zakresie powyższych kryteriów. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najwyższą liczbą punktów. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami: | Adam Truszkowski, mail: a.truszkowski@szpital.suwalki.pltel. 87/5629399 |
| Sposób przygotowania oferty: | ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim |
| Wykonawca załączy do oferty : | 1. Wypełniony załącznik nr 1 do zapytania
2. Wypełniony załącznik nr 2 do zapytania – formularz asortymentowo-cenowy
3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania – wzór umowy
4. Firmowe materiały informacyjne potwierdzające parametry techniczne oferowanego przedmiotu Zamówienia, poświadczonym przez Wykonawcę tłumaczeniem na język polski
5. Dokładne opisy katalogowe oferowanych produktów uwzględniające parametry wymagane przez zamawiającego w załączniku nr 2 formularz asortymentowo-cenowy. Należy zaznaczyć kolorem oferowany asortyment (pozycja z kodem).
6. Dokumenty o wprowadzeniu przedmiotu zamówienia do obrotu zgodnie z przepisami ustawy  z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).
 |
| 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. |
| Warunki wykluczenia | Wykluczeniu podlegają podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w Stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Inne (jeśli dotyczy):* + - * 1. ……………………………….
				2. ……………………………..
 |
| Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą. | TAK [x] NIE [ ]  |

Dyrektor

Szpitala Wojewódzkiego

im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Adam Szałanda

 …………………………………...............……

Data i podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **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 (jeżeli dotyczy) | ………………………………………………………………………….. |
| 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 cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego (jeśli dotyczy)** |

|  |  |
| --- | --- |
| .....................…………………………………………………… | …………………………………………………… |
| (Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) | (pieczątka Wykonawcy) |