

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/ 11 /2023

Suwałki, dnia 19-05-2023r.

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 odzieży ochronnej personelu medycznego oraz odzieży operacyjnej wielorazowej na oddziały zabiegowe na okres 12 miesięcy dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Termin realizacji zamówienia:	12 miesięcy
Okres gwarancji (jeżeli dotyczy):	<u>Min. 24 miesiące</u>
Miejsce i termin złożenia oferty:	Pocztą elektroniczną na adres: a.truskowski@szpital.suwalki.pl lub w siedzibie Zamawiającego Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki, pokój nr 7, Sekretariat <u>do dnia 26/05/2023 r. do godziny 12:00</u>
Termin otwarcia ofert:	26/05/2023 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:	100 % cena
Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:	Adam Truskowski, mail: a.truskowski@szpital.suwalki.pl tel. 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

	<p>asortymentowo-cenowy</p> <p>3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania – wzór umowy</p> <p>4. Firmowe materiały informacyjne potwierdzające parametry techniczne oferowanego przedmiotu Zamówienia, poświadczonym przez Wykonawcę tłumaczeniem na język polski</p> <p>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).</p> <p>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).</p>
<p>Zamawiający zastrzega sobie prawo do:</p>	<p>a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,</p> <p>b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,</p> <p>c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,</p> <p>d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający oferty</p> <p>e)poprawy oczywistych omyłek pisarskich.</p>
<p>Warunki wykluczenia</p>	<p>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:</p> <p>a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;</p> <p>b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;</p> <p>c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;</p> <p>d) 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.</p> <p>Inne (jeśli dotyczy):</p> <p>1.</p> <p>2.</p>
<p>Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą.</p>	<p>TAK <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>

Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Adam Szafanda
.....
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 (jeżeli dotyczy)	.....
Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy)	.....
Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń	<input type="checkbox"/> 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)

.....
 (pieczęć Wykonawcy)