

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/ 10 /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 pościeli i bielizny szpitalnej wielokrotnego użytku 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 : | <ol style="list-style-type: none"> 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: | <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> |
| Warunki wykluczenia | <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> <ol style="list-style-type: none"> a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji; c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika; 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>Inne (jeśli dotyczy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. |
| Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą. | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |

Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Adam Szałanda
.....
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)