

**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 /2024

Suwałki, dnia 13-06-2024 r.

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:	Wykonanie, dostawa i montaż 21 regałów przesuwanych i 1 stacjonarnego dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.
Termin realizacji zamówienia:	3 miesiące
Okres gwarancji (jeżeli dotyczy):	<u>Min. 24 miesiące</u>
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, Sekretariat <u>do dnia 24/06/2024 r. do godziny 12:00</u>
Termin otwarcia ofert:	24/06/2024 r godz. 12.30
Warunki płatności:	Zapłata realizowana będzie przelewem na konto Wykonawcy wskazanym na fakturze w terminie do 30 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 Truszkowski, mail: a.truszkowski@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 asortymentowo-cenowy 3. Potwierdzony załącznik nr 3 do zapytania – wzór umowy

	<p>4. Potwierdzony załącznik nr 4 do zapytania - szczegółowy opis przedmiotu Zamówienia</p> <p>5. Potwierdzony załącznik nr 5 do zapytania – szkic</p>
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"> <li>uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;</li> <li>posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;</li> <li>pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;</li> <li>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.</li> </ol> <p>Inne (jeśli dotyczy):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>.....</li> <li>.....</li> </ol>
Dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą.	<p>TAK <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>

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
<b>Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje warunki opisane w zapytaniu cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego (jeśli dotyczy)</b>	

.....  
(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej).....  
(pieczęć Wykonawcy)