



**Szpital Powiatowy
w Rawiczu Sp. z o.o.**

ul. Gen. Grotta Roweckiego 6, 63-900 Rawicz
T: +48 65 546 24 13-16 (centrala), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)
F: +48 65 546 70 61, E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422
Getin Noble Bank SA Nr konta: 51 1560 0013 2367 2722 7424 0001
Kapitał zakładowy: 34 mln 835 tys. zł w całości opłacony



Rawicz, dn. 15.01.2020r.

NLO-3820-01/ZO/20

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy:

Zapytanie ofertowe – dot. wykonania zabudowy meblowej dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na wykonanie zabudowy meblowej dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

1. ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.
Ul. Gen. Grotta Roweckiego 6
63-900 Rawicz
NIP: 699-19-19-769

2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Zamówienie publiczne zostanie udzielone na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2019r. poz. 1843).

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 4 do niniejszego zaproszenia.

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: 30 dni od podpisania umowy.

5. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:

- zamówienie mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy zaoferują przedmiot zamówienia zgodny z wymogami Zamawiającego określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym.
- Wykonawca, z którym Zamawiający podpisze umowę, zobowiązany jest do dokonania własnego, szczegółowego obmiaru w celu wykonania mebli.
- Okres związania ofertą wynosi 30 dni, licząc od dnia złożenia oferty.

6. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

- Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się następującym kryterium:
Cena brutto – waga 100%

- Przez cenę brutto należy rozumieć wartość całości zamówienia brutto (zawierającą obowiązujący podatek VAT), zaproponowaną w ofercie i zawierającą wszelkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia.
- Punktacja za kryterium „Cena brutto” zostanie obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w następujący sposób:

$$P_{bad.C} = \frac{C_{min}}{C_{bad.}} \times 100 \text{ pkt. xwaga}$$

gdzie:

- $P_{bad.C}$ - punkty za kryterium „Cena brutto” przyznane badanej ofercie
- $C_{min.}$ - najniższa cena brutto spośród ocenianych ofert
- $C_{bad.}$ - cena brutto badanej oferty

- Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.
- Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

7. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć do dnia **22.01.2020 r. do godz. 12.00.**

2. Oferty można składać:

- w siedzibie Zamawiającego, tj. w sekretariacie (budynek administracji, I piętro, pokój nr 119) Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o., ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz.,
- za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: marta.czerwinska@szpitalrawicz.pl wpisując w tytule maila: „Oferta na wykonanie zabudowy meblowej”,
- drogą pocztową na adres: Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o., ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz (decyduje data wpłynięcia oferty do sekretariatu Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o., ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz. - budynek administracji, I piętro, pokój nr 119).

8. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

- Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia (Formularz ofertowy)
- Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
 - formularz asortymentowo- cenowy (Załącznik nr 2),
 - zaakceptowany wzór umowy (Załącznik nr 3),
 - deklaracja właściwości użytkowych lub inny dokument potwierdzający klasyfikację płyty niepalnej w klasie B-s1,d0.

9. INFORMACJE DODATKOWE:

1. Zamawiający informuje, że dopuszcza porozumiewanie się z potencjalnymi wykonawcami w formie pisemnej, elektronicznej lub faxem.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyjaśnienia lub uzupełnienia treści oferty.
3. Oferty nie spełniające któregokolwiek z wymagań Zamawiającego zostaną odrzucone
4. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
5. Termin płatności faktury 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. faktury.
6. Wykonawca zobowiązuje się po wyborze jego oferty do podpisania umowy (Załącznik nr 3).

10. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego pisemnie na adres: **marta.czerwinska@szpitalrawicz.pl** lub pod nr faxu 65/546 70 64. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Marta Czerwińska tel. 65/537 62 24.

WICEPREZES ZARZĄDU

Ewa Kaźmieruk

