



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Tomaszowie Lubelskim**

22-600 Tomaszów Lubelski Aleje Grunwaldzkie 1

tel: 84 664-44-11, fax: 84 664-25-21,
email: szpital@szpital-tomaszow.pl, www: <http://szpital-tomaszow.pl>



Tomaszów Lubelski, dnia 26.11.2021r.

Nazwa zamówienia: „**Dostawy czujników
Saturacji SpO2 dla osób dorosłych .**”

Numer sprawy: **SZZ.251.49.2021.R**

Nazwa zamówienia: „**Dostawy czujników saturacji SpO2 dla osób dorosłych.**”

**ZAPYTANIE OFERTOWE
na realizację zadania o wartości szacunkowej
poniżej równowartości 130.000 złotych netto**

1. Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej,
22-600 Tomaszów Lubelski Aleje Grunwaldzkie 1**
województwo lubelskie, powiat Tomaszów Lubelski
telefon: **(0-84) 664-44-11 do 19**
faks: **(0-84) 664-25-21**
poczta elektroniczna (e-mail): **zampub@szpital-tomaszow.pl**
adres internetowy: **<http://szpital-tomaszow.pl>**

2. Tryb udzielenia zamówienia:

Postępowanie prowadzone jest w trybie „**ZAPYTANIA OFERTOWEGO**” o wartości **nieprzekraczającej 130.000 zł.** i zostało oznaczone przez Zamawiającego znakiem **SZZ.251.49.2021.R.** Wykonawcy we wszystkich kontaktach z Zamawiającym winni powoływać się na ten znak.

3. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia są: **sukcesywne dostawy czujników saturacji SpO2 dla osób dorosłych.**

Wspólny słownik zamówień publicznych:
Kody CPV: 38420000-5

Szczegółowy wykaz asortymentowo – ilościowy zawiera FORMULARZ CENOWY (załącznik nr 2 do Zaproszenia)

Zamawiający informuje, że warunkiem koniecznym jest kompletność oferowanego przedmiotu zamówienia pod względem asortymentu jak i ilości. Oferta musi obejmować całość przedmiotu zamówienia. W przeciwnym wypadku oferta zostanie odrzucona.

Wykonawca jest zobowiązany do wskazania części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy.

Zamówienie dotyczy sukcesywnych dostaw w oparciu o bieżące potrzeby Zamawiającego.

Dostawę przedmiotu zamówienia do Magazynu Medycznego Zamawiającego w SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim przy Alejach Grunwaldzkich 1 zapewnia Wykonawca, ponosząc koszty i ryzyko transportu. W razie reklamacji jakościowych i ilościowych Wykonawca będzie je uwzględniał na swój koszt w ciągu 7 dni licząc od daty zgłoszenia reklamacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do niewykorzystania zamówienia w zakresie ilościowym i wartościowym do 10%.

4. Termin wykonania zamówienia:

12 miesięcy od podpisania umowy.

5. Osoby uprawnione do kontaktowania się z Wykonawcami:

Konrad Sterniewski

Dział Zamówień Publicznych

tel. 84 6644411 do 19 wew. 500

mail: zampub@szpital-tomaszow.pl

6. Miejsce oraz termin składania ofert:

Wypełnione **Załącznik nr 1 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - FORMULARZ OFERTOWY, Załącznik nr 2 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - FORMULARZ CENOWY, Załącznik nr 4 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - KLAUZULA INFORMACYJNA** należy przestać e-mailem na adres: oferty@szpital-tomaszow.pl, nie później niż do dnia **03.12.2021 r.** do godz. **10:00**.

7. Termin związania ofertą:

Wykonawca jest związany ofertą przez okres **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

8. Kryterium wyboru oferty:

Cena(koszt) – 100 %

9. Informacje o formalnościach, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego:

1. Zamawiający niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zawiadomi Wykonawców poprzez pocztę elektroniczną, oraz zamieści informacje na stronie internetowej

Zamawiającego: <http://szpital-tomaszow.pl> w zakładce **ZAMÓWIENIA PUBLICZNE PONIŻEJ 130 000 ZŁ NETTO**

2. O ewentualnym unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Zamawiający zawiadomi Wykonawców na tych samych zasadach co w punkcie 1. podając uzasadnienie faktyczne.
3. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej. O miejscu sposobie i dokładnym terminie zawarcia umowy Zamawiający powiadomi niezwłocznie wybranego Wykonawcę.

10. Załączniki stanowiące integralną część ZAPYTANIA OFERTOWEGO:

- Załącznik nr 1 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - FORMULARZ OFERTOWY
- Załącznik nr 2 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - FORMULARZ CENOWY
- Załącznik nr 3 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - UMOWA (PROJEKT)
- Załącznik nr 4 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO - KLAUZULA INFORMACYJNA

Tomaszów Lubelski dnia 26.11.2021r.

Zatwierdzam: **DYREKTOR**
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Tomaszowie Lubelskim

lek. med. Andrzej Kaczor