



Zapytanie ofertowe

o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1579) określonego w art. 4 pkt. 8.

Nr postępowania: **DM/01/2019**

Opole, 06 marzec 2019r.

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego

ul. Mickiewicza 2 – 4 , 45 – 369 Opole

tel: (77) 4413639 fax: (77) 4413645

e-mail: sekretariat@pogotowie.opole.pl

adresat

W związku z planowanym zakupem Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego prosi o przedstawienie oferty cenowej w następującym zakresie:

1. Przedmiotem niniejszego zapytania jest (opis przedmiotu, wielkości i zakres zamówienia):

Dostawa sprzętu medycznego:

- 1) pakiet nr 1 – Koc bakteriostatyczny
- 2) pakiet nr 2 – Kleszczyki do intubacji Magilla anatomicznie wygięte
- 3) pakiet nr 3 – Pojemnik reimplantacyjny
- 4) pakiet nr 4 – Ampularium na leki
- 5) pakiet nr 5 - Mechaniczne urządzenie od odsysania
- 6) pakiet nr 6 – Pulsoksymetr z pomiarem stężenia dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu u pacjentów dorosłych i dzieci.

- Przedmiot zamówienia dostarczony zostanie do pomieszczenia „magazynu” mieszczącego się w Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego Opole, ul. Mickiewicza 2-4.
- Przedmiot zamówienia winien posiadać w momencie dostawy termin gwarancji minimum 24 miesięcy.
- Zamówienie zostało podzielone na 7 pakietów (załącznik nr 2 do zapytania).
- Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na wybrane pakiety.
- Zamawiający nie dopuszcza możliwości podziału wybranego pakietu na części.
- Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
- Oferowany sprzęt medyczny musi być dopuszczony do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i posiadać Deklaracje Zgodności oraz spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 211 ze zm.), oraz wymagania określone przez Zamawiającego.

2. Nazwy / kody określone dla przedmiotu zamówienia we Wspólnym Słowniku Zamówień:

CVP: 33100000-1

Pełna nazwa: Urządzenia medyczne

CVP: 33171000-9

Pełna nazwa: Przyrządy do anestezji i resuscytacji

3. Termin wykonania zamówienia:

[X] Wymagany: Zamówienie będzie zrealizowane w terminie: do 23 marca 2019

4. Cena oferty.

[X] Proszę o podanie w ofercie ceny netto i brutto za zrealizowanie niniejszego zamówienia.

- Cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia należy wyliczyć w „Formularzu asortymentowo cenowym” stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego zapytania, a następnie tak obliczoną cenę przenieść do „Formularza ofertowego”



Zapytanie ofertowe

- Cena podana w ofercie winna obejmować wszystkie zobowiązania, koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego musi być podana w PLN cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem należnego podatku VAT - jeżeli występuje.
- Cena może być tylko jedna za oferowany przedmiot zamówienia, nie dopuszcza się wariantowości cen.
- Cena musi być podana w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

5. Wymagane warunki i kryteria oceny oferty.

[X] Opis warunków jakie spełniać musi dostawca / wykonawca:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia,
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

[x] Kryteria oceny ofert i ich znaczenie: cena oferty brutto – 100%

- Jeżeli nie będzie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że zostaną złożone oferty o takiej samej cenie, zamawiający wezwie wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez zamawiającego ofert dodatkowych .
- Wykonawcy składając oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach

6. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać do dnia: 14.03.2019r. do godz.9.00

[X] w siedzibie zamawiającego: Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Ulica Mickiewicza 2-4 .Kod 45-369 Miejscowość Opole Pokój sekretariat

Ofertę należy złożyć w formie pisemnej (osobiście lub pisemnie listem) opakować w jednej kopercie zaadresowanej na Zamawiającego i opatrzonej nazwą postępowania oraz adresem wykonawcy. Oferta winna być podpisana przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania firmy

7. Informuję, że złożona oferta będzie porównywana z innymi ofertami w celu wyboru oferty najkorzystniejszej w oparciu o stosowane kryteria oceny.

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

Zamawiający niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zawiadomi Wykonawców biorących udział w niniejszym postępowaniu podając w szczególności: nazwę (firmę), siedzibę i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz uzasadnienie jej wyboru.

Od decyzji zamawiającego nie przysługują środki odwoławcze.

Osobą do kontaktów w sprawie niniejszego zapytania jest/są:

stanowisko: Pielęgniarz Koordynujący imię i nazwisko: Stanisław Szczerbiński tel 774413639 fax. 774413645 w godzinach pracy zamawiającego

Załącznikami do niniejszego zaproszenia są:

.....
DYREKTOR
[Podpis]
pieczęćka podpis

1. Wzór oferty.
2. Formularz asortymentowo-cenowy w pakietach.
3. Wzór umowy.