



DZ-271-2-29/ZO/2024

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni  
Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej  
ul. Krakowska 31; 32-700 Bochnia  
tel. 0-14 615-32-33, fax 0-14 615-32-34  
NIP 868-16-04-021 REGON 000304349

**ZAPYTANIE OFERTOWE (dalej jako ZO)**

**Zamawiający zaprasza do złożenia oferty cenowej na zadanie pn.:** Dostawa automatów do sprzedaży przekąsek, jedzenia i napojów zimnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest: Dostawa automatów do sprzedaży przekąsek, jedzenia i napojów zimnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Szczegółowy opis przedmiotu Zamówienia zawiera załącznik nr 1A do Zapytania Ofertowego – Formularz Specyfikacja Techniczna - Szczegółowa Oferta Cenowa.

**SZCZEGÓŁOWE WYMAGANIA STAWIANE WYKONAWCOM**

Wymagania dotyczące warunków realizacji Przedmiotu Zamówienia i zasad współpracy między Zamawiającym a Wykonawcą zostały zawarte w załączniku nr 2 - projektowane postanowienia umowy.

Wymagana jest należyta staranność przy realizacji zobowiązań umowy.

**Warunki płatności zostały opisane w projekcie umowy.**

**INFORMACJE DODATKOWE:**

- Wykonawca odpowiedzialny jest za jakość oraz zgodność z ustaleniami jakościowymi określonymi dla przedmiotu Zamówienia.
- Zamówienie obejmuje koszty transportu do siedziby Zamawiającego (w wyznaczone miejsce przez Zamawiającego).
- Ilekcóż w treści zaproszenia wskazano akty prawne należy przyjąć, że zostały one przywołane w brzmieniu aktualnym na dzień wszczęcia przedmiotowego postępowania.

**OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

- Ofertę należy przygotować zgodnie z załączonym formularzem.
- Ceny podane w ofercie należy wyrazić cyfrowo i słownie.
- Ofertę należy napisać w języku polskim, czytelnie.
- Ofertę należy złożyć na całość zamówienia.

**WYMAGANY TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

Zamawiający wymaga, aby Zamówienie zostało zrealizowane w terminie do 30 dni od podpisania Umowy.

**OPIS SPOSOBU OCENY OFERT:**

- Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował kryterium najniższej ceny, z uwagi na fakt, iż Zamawiający w opisie przedmiotu zamówienia określił wymagania jakościowe odnoszące się do co najmniej głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia.**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej				
32-700, Bochnia ul. Krakowska 31 REGON: 000304349 BDO: 000039566	NIP: 868-16-04-021 Centrala, tel.: (14) 615-34-00 Sekretariat, tel.: (14) 615-32-01	Fax: (14) 615-32-02 Strona www: <a href="http://www.szpital-bochnia.pl">www.szpital-bochnia.pl</a> E-mail: <a href="mailto:administracja@szpital-bochnia.pl">administracja@szpital-bochnia.pl</a>		
Rachunek bieżący (podstawowy): 26 1600 1462 1747 6563 3000 0001 Nawiązki sądowe: 31 1600 1462 1747 6563 3000 0008				



- Ocenie będą podlegać wyłącznie oferty nie podlegające odrzuceniu.
- Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najniższą ceną.
- Jeżeli nie można dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wzywa Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych zawierających nową cenę.

**OFERTA CENOWA MA ZAWIERAĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY\*:**

- formularz - Oferta cenowa - wg załączonego wzoru (załącznik nr 1) (ceny w formularzu powinny być podane w złotych polskich do dwóch miejsc po przecinku). Do przygotowania oferty zaleca się wykorzystanie Formularza Oferta cenowa, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego. W przypadku, gdy Wykonawca nie korzysta z przygotowanego przez Zamawiającego wzoru, w treści oferty należy zamieścić wszystkie informacje wymagane w Formularzu - Oferta cenowa, w szczególności: wskazanie oferowanego przedmiotu Zamówienia, cenę ofertową brutto (ceny w formularzu powinny być podane w złotych polskich w kwocie brutto do dwóch miejsc po przecinku), zobowiązanie dotyczące terminu realizacji Zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności, oświadczenie o okresie związania ofertą oraz o akceptacji wszystkich postanowień Zapytania Ofertowego i projektowanych postanowień umowy w sprawie zamówienia publicznego bez zastrzeżeń. **Nie podpisanie oferty lub nie złożenie Formularza oferty (za wyjątkiem gdy złożone dokumenty będą zawierać informacje, o których mowa w zdaniu drugim) będzie skutkowało jej odrzuceniem.**
- Formularz Specyfikacja Techniczna - Szczegółowa oferta cenowa sporządzony odpowiednio wg załącznika nr 1A do zaproszenia. Formularz winien zawierać wszystkie ewentualne zmiany wprowadzone w czasie trwania postępowania)
- Oświadczenie o gotowości zawarcia umowy z Zamawiającym na warunkach opisanych w projektowanych postanowieniach umowy (załącznik nr 2). Treść wymaganego oświadczenia zawarta jest w załączniku nr 1.
- Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
- Dokumenty potwierdzające, że oferowane parametry oferowanego Towaru spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w formularzu asortymentowym – szczegółowa oferta cenowa – załącznik nr 1A do ZO tj.:
  - a) Katalog oferowanego wyrobu - oryginalna specyfikacja techniczna, karta katalogowa, folder ze zdjęciem/rysunkiem lub inne dokumenty w języku polskim

**MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY:****Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 31.10.2024 r. godzina 13:00**



- pisemnie na adres Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej” ul. Krakowska 31; 32-700 Bochnia, Dziennik Podawczy – Sekretariat Dyrektora pokój nr 3 (koperta zaklejona, opisana **Dostawa automatów do sprzedaży przekąsek, jedzenia i napojów zimnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej** – nie otwierać przed ..... r. (należy wpisać obowiązujący (aktualny) termin składania ofert), koperta powinna zwracać nazwę i adres Wykonawcy wraz numerem telefonu, liczy się data i godzina wpływu do Zamawiającego:  
lub
- drogą elektroniczną, podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym lub podpisem zaufanym na adres [zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl](mailto:zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl), liczy się data i godzina wpływu do Zamawiającego.  
Dopuszcza się przesłanie skanu podpisanej oferty na adres [zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl](mailto:zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl), liczy się data i godzina wpływu do Zamawiającego, pod warunkiem dostarczenia oryginału w terminie dwóch dni od wskazanego powyżej terminu.

**Oferta nie podpisana zostanie odrzucona.****INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI**

Zamawiający zaleca przysyłanie ewentualnych zapytań dotyczących treści Zapytania ofertowego drogą email w formacie WORD na adres [zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl](mailto:zaopatrzenie@szpital-bochnia.pl), tel. (014) 615 32 33

Godziny pracy Zamawiającego - 7:30 - 15:05

**Informacje dotyczące zawierania umowy:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej				
32-700, Bochnia ul. Krakowska 31 REGON: 000304349 BDO: 000039566	NIP: 868-16-04-021 Centrala, tel.: (14) 615-34-00 Sekretariat, tel.: (14) 615-32-01	Fax: (14) 615-32-02 Strona www: <a href="http://www.szpital-bochnia.pl">www.szpital-bochnia.pl</a> E-mail: <a href="mailto:administracja@szpital-bochnia.pl">administracja@szpital-bochnia.pl</a>		
Rachunek bieżący (podstawowy): 26 1600 1462 1747 6563 3000 0001 Nawiązki sądowe: 31 1600 1462 1747 6563 3000 0008				



Po dokonanych wyborze najkorzystniejszej oferty wybrany Wykonawca podpisze umowę w terminie i miejscu określonym przez Zamawiającego z uwzględnieniem projektowanych postanowień umowy stanowiącego załącznik nr 2

**Warunkiem przystąpienia Wykonawcy do danego postępowania jest:**

- zapoznanie się z „Zapytaniem Ofertowym”
- złożenie Oferty cenowej w terminie określonym w „Zapytaniu Ofertowym”;
- złożenie wszystkich wymaganych w „Zapytaniu Ofertowym” dokumentów.

**Dodatkowe informacje dla Wykonawcy:**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

- zakończenia postępowania bez dokonania wyboru którejkolwiek z ofert
- unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.
- zmiany warunków postępowania bez podania przyczyn.
- negocjacji oferty.



**Załącznik do Zaproszenia do złożenia oferty cenowej**

Załącznik nr 1 - Oferta cenowa

Załącznik nr 1A - Formularz Specyfikacja Techniczna - Szczegółowa Oferta Cenowa.

Załącznik nr 2 – Projektowane postanowienia Umowy

DYREKTOR  
Jarosław Kycia

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej				
32-700, Bochnia ul. Krakowska 31 REGON: 000304349 BDO: 000039566	NIP: 868-16-04-021 Centrala, tel.: (14) 615-34-00 Sekretariat, tel.: (14) 615-32-01	Fax: (14) 615-32-02 Strona www: <a href="http://www.szpital-bochnia.pl">www.szpital-bochnia.pl</a> E-mail: <a href="mailto:administracja@szpital-bochnia.pl">administracja@szpital-bochnia.pl</a>		
Rachunek bieżący (podstawowy): 26 1600 1462 1747 6563 3000 0001 Nawiązki sądowe: 31 1600 1462 1747 6563 3000 0008				