

## Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy

---

ul. Narutowicza 80, 05-400 Otwock, tel. (22) 344 64 00, 344 64 71, FAX (22) 344-64-74, centr. (22) 344 62 00 <http://www.otwock-szpital.pl> e-mail: sekretariat.otw@otwock-szpital.pl

MCLChPiG -GrIV A/ 5 ZO/18

OTWOCK, DN. 26.03.2018r.

### ZAPYTANIE OFERTOWE

Na Dostawy

#### I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia są Produkty farmaceutyczne – 7 pakietów
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik do zapytania ofertowego
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
4. Zamawiający dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

#### II. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia Wykonawca dostarczy w terminie 18 miesięcy od udzielenia zamówienia .

#### III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferent powinien stworzyć ofertę w języku polskim na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczęcią firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez oferenta.

#### IV. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem: **poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście** na adres: Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy , 05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80 **do dnia 06.04.2018r do godz. 14:00** .

2. Ocena ofert zostanie dokonana w terminie 7 dni od składania ofert, wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w siedzibie Zamawiającego : 05-400 Otwock ul. Narutowicza 80 oraz na stronie internetowej pod adresem [www.otwock-szpital.pl](http://www.otwock-szpital.pl)

3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

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

6. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie internetowej Zamawiającego: [www.otwock-szpital.pl](http://www.otwock-szpital.pl)

## V. OCENA OFERT

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami:

Kryterium wyboru	Znaczenie
1. Cena oferty	100 %

## ZASADY OCENY OFERT WEDŁUG USTALONYCH KRYTERIÓW

Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez wykonawców w zakresie każdego w/w kryterium.

Oferta wypełniająca w najwyższym stopniu wymagania określonego kryterium, otrzyma maksymalną ilość punktów. Pozostałym ofertom przypisana zostanie odpowiednio mniejsza liczba punktów.

**Ad.1** algorytm oceny kryterium **cena oferty:**

$$Wp (C) = \frac{\text{Cena najniższa}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 100\%, \text{ gdzie:}$$

Cena min.– najniższa cena spośród wszystkich ocenianych ofert

Oferta, która w sumie uzyska największą ilość punktów zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

## VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi oferentów za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem [www.otwock-szpital.pl](http://www.otwock-szpital.pl)

## **VII. DODATKOWE INFORMACJE**

1. Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z pisemną (lub wysłaną drogą elektroniczną – e-mailem na adres Zamawiającego) prośbą o wyjaśnienie treści zapytania.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do nie udzielenia odpowiedzi na pytanie wykraczające poza zakres zapytania ofertowego.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.

## **VIII. ZAŁĄCZNIKI**

Wzór formularza ofertowego zawierający opis przedmiotu zamówienia w tabelach asortymentowo-cenowych .

## O F E R T A

....., dnia.....

pieczętka firmowa

### **I. Dane wykonawcy:**

1. Pełna nazwa .....
2. Adres .....
3. Województwo.....
4. Numer telefonu. i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktów :  
.....
5. REGON .....

### **II. Przedmiot oferty:**

*Oferta dotyczy postępowania poniżej wartości 30 000 euro bez stosowania ustawy prawo zamówień publicznych ogłoszonego przez:*

**Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy**

**05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80**

**tel/fax: (0-22) 34-46-200, 34-46-474**

**Dostawy  
Produktów farmaceutycznych – 7 pakietów**

### **III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno - prawnych**

- .
- .
- 1) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w parciu o art. 24 ust.1 pkt.2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert; ,a w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust.1 pkt 2 ustawy .
  - 2).w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik - pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy
  - 3) .w przypadku, gdy ofertę składają Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia wymagane jest załączenie dokumentu pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w postępowaniu

### **IV. Cena oferty dla przedmiotu zamówienia**

Wykonawca zobowiązany jest do zaoferowania i podania ceny dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia , stanowiącym załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

Cena netto ...../ słownie + % podatku VAT w kwocie .... = wartość brutto ...../ słownie  
.....

OFERTA z ponumerowany zawiera łącznie: . . . . . ponumerowanych stron/kartek\*

( \* odpowiednio skreślić ).

.....

*podpis osoby uprawnionej*