**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**KTÓREGO WARTOŚĆ NIE PRZEKRACZA WYRAŻONEJ W ZŁOTYCH**

**RÓWNOWARTOŚCI KWOTY 30 000 EURO**

**Zapytanie ofertowe na:**

**„Zakup sprzętu medycznego”**

**Nr sprawy: ZO/4/2020**

**1. Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Nazwa: Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

Adres: ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok

Województwo: podlaskie

NIP: 966-15-02-648

REGON: 050692045

Nr tel./fax: 85 66 48 519

Strona internetowa: [***www.szpitalpck.bialystok.pl***](http://www.szpitalpck.bialystok.pl)

e-mail: [***szpitalpck@bialystok.home.pl***](mailto:szpitalpck@bialystok.home.pl)

**2. Postanowienia ogólne**

1. Niniejsze postępowanie nie podlega przepisom ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tj. Dz. U. z 2019, poz. 1843 z późn. zm.).

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo, na każdym etapie, do unieważnienia niniejszego zapytania bez podania uzasadnienia, a także do pozostawienia zapytania bez wyboru oferty.

3. W niniejszym zapytaniu oświadczenia, wnioski, zawiadomienia i inne informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują pisemnie oraz mogą przesłać za pomocą faksu lub drogą elektroniczną.

**3. Opis przedmiotu zapytania ofertowego**

Przedmiotem zamówienia jest zakup sprzętu medycznego do Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku zgodnie z załącznikiem nr 2

Dostarczony asortyment musi być fabrycznie nowy, dobrej jakości i wolny od wad technicznych.

Sprzęt dostarczony na koszt i ryzyko Wykonawcy. W szczególności Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wynikłe w czasie transportu oraz spowodowane niewłaściwym opakowaniem.

**4. Warunki udziału w postępowaniu**

Do oferty muszą być załączone następujące oświadczenia i dokumenty lub poświadczenia przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem ich odpisy lub kserokopie – w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu:

* Formularz ofertowy – załącznik nr 1
* Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2
* Aktualny odpis z właściwego rejestru lub aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej;

**5. Kryterium oceny ofert**

# Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie się kierował następującym kryterium:

Cena (koszt) oferty brutto - 100%

**6. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcami**

Irena Olejnik – tel. 85 65 45 867 e-mail[irena.olejnik@szpitalpck.bialystok.pl](mailto:irena.olejnik@szpitalpck.bialystok.pl)

**7.** **Miejsce i termin składania ofert**

Oferty należy złożyć w formie pisemnej *w siedzibie Zamawiającego:* ***Sekretariat******Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku, ul. Sienkiewicz 79, 15-003 Białystok***

do dnia **17.03.2020 r.** do godziny **1000** w zamkniętej kopercie z dopiskiem:

**„Zakup sprzętu medycznego”**

Załączniki:

1. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
2. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 2

**ZATWIERDZAM:**

**……………………………………….**

*Pieczęć i podpis*