

Łódź, dn.18.12.2024 r.

Nr sprawy: 07.PU-AZZ.2024

Zapytanie ofertowe

Dotyczy dostawy artykułów hydraulicznych dla Wojewódzkiego
Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

I. ZAMAWIAJĄCY

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika
w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62
NIP: 729-23-45-599

II. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

W załączniku nr 1 – formularz ofertowo-cenowy.

2. INNE WARUNKI POSTANOWIENIA:

- 1) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
- 2) Wykonawca dostarczy towar fabrycznie nowy, oryginalnie zapakowany, wolny od wad fizycznych i prawnych do magazynu Działu Zaopatrzenia i Transportu Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w dniach roboczych od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 14.00.

III. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1) Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi sukcesywnie w okresie **12 miesięcy** w terminie od dnia **podpisania umowy**
- 2) Zamówienia częściowe będą składane na adres e-mail Wykonawcy.
- 3) Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezrealizowania całości przedmiotu zamówienia.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferta powinna zawierać:

- 1) Wykonawca powinien przedstawić ofertę na **Formularzu ofertowym – załącznik nr 1** do Zapytania ofertowego.
- 2) Formularz asortymentowo-cenowy – załącznik nr 1 do Formularza Oferty
- 3) **Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczętką firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę firmy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez Wykonawcę.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 Bank PKO BP Nr Konta 44 1020 3351 0000 1802 0318 8067



V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Sposób złożenia oferty (opcjonalnie):

- 1) Oferta może być przesłana za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres: dzial.zaopatrzenia@kopernik.lodz.pl (w takim przypadku wszystkie wymagane dokumenty muszą być przesłane w formacie pdf)
- 2) Oferta może być doręczona do Sekcji Zaopatrzenia Centrum pok. 1019

Termin składania ofert: **do dnia 23.12.2024 r. do godziny 10:00**

- 3) Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
- 4) Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

VI. OCENA OFERT

- 1) W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 2) Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

Lp.	Kryterium	Ranga
1.	Cena	100%

Sposób oceny:

Zamawiający wybierze ofertę z najniższą zaofertowaną ceną przy spełnieniu wszystkich wymagań odnośnie opisu przedmiotu zamówienia.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawcą na warunkach opisanych w załączniku nr 3

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Wszelkie zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego należy składać do Kierownika Sekcji Zaopatrzenia: **P. Piotra Lewandowskiego** za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres: dzial.zaopatrzenia@kopernik.lodz.pl (dodatkowo pod numerem telefonu **42 689 57 95**)

Odpowiedzi na zapytania Zamawiający udzieli na stronie na której ukazało się ogłoszenie

IX. ZAŁĄCZNIKI

1. Formularz oferty
2. Formularz ofertowo-cenowy
3. Wzór umowy

KIEROWNIK
Działu Zaopatrzenia i Transportu
Przemysław Frąckiewicz
mgr Przemysław Frąckiewicz

P.O. Z-CY DYREKTORA
ds. Administracyjno-Technicznych
Marek Zygmunt
mgr inż. Marek Zygmunt

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

