



Toszek, dn. 19.03.2019 r.

L. dz. DS/.....1521...../2019

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
nr sprawy 22/DEG/AM/2019

1. Zamawiający: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek zaprasza do złożenia propozycji ofertowej na:
2. Przedmiot zamówienia: Dostawa łóżek szpitalnych dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, zgodnie z uszczegółowieniem zawartym w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego.
3. Termin realizacji zamówienia: 3 tygodnie od daty zawarcia umowy.
4. Kryteria wyboru propozycji ofertowych:  
W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający przyjął następujące kryterium:  
**cena brutto za realizację zamówienia - 100 %**

**Zasady oceny ofert według ustalonego kryterium:**

Ocena ofert dokonywana będzie wg kryterium:

**cena brutto za realizację zamówienia, wg wzoru:**

Sposób liczenia:

$$C = \frac{C_N}{C_{OB}} \times W_C \quad \text{gdzie:}$$

C – ilość punktów otrzymanych za proponowaną cenę

C<sub>N</sub> – najniższa cena proponowana przez Wykonawców

C<sub>OB</sub> – cena badanej oferty

W<sub>C</sub> – wartość wagowa 100 %

Oferty oceniane będą za pomocą systemu punktowego.

Obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów

5. Istotne postanowienia umowy, które zostaną zawarte w jej treści:
  - a) Odbiorca wymaga bezwzględnie dostarczenia przedmiotu umowy po cenach jednostkowych oraz zgodnie z parametrami określonymi w umowie.
  - b) Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę wraz z montażem.
  - c) Dostawa nastąpi jednorazowo, transportem własnym Dostawcy na jego koszt i ryzyko.
  - d) Fakt dostawy zostanie potwierdzony przez Dostawcę e-mailem z co najmniej 2-dniowym wyprzedzeniem.
  - e) Dostawa nastąpi bezpośrednio do magazynu (wniesiony bezpośrednio do pomieszczeń magazynu) od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 – 14.00.
  - f) Dostarczony towar winien być zgodny z zamówieniem.
  - g) Odbioru przedmiotu umowy dokona uprawniony przedstawiciel Odbiorcy .....
  - h) W przypadku nienależytego wykonania zobowiązania przez Dostawcę, tj.:
    - niedotrzymania terminu dostawy,
    - dostarczenia towaru wadliwego pod względem jakościowym,
    - dostarczenia towaru w ilości innej niż zgłoszone zapotrzebowanie,Odbiorcy przysługuje prawo do zakupu towaru u osób trzecich na koszt Dostawcy,

g) Kary umowne w wysokości:

Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:

- za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Odbiorca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
- za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
- za zwłokę w dostawie zamawianego towaru nie przekraczającą 48 godzin – 0,1% wynagrodzenia umownego za przedmiot dostawy. W przypadku zwłoki dłuższej niż 48 godzin Odbiorca skorzysta z uprawnienia określonego w pkt 5 ppkt f),

Odbiorca zapłaci Dostawcy karę umowną:

- za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Odbiorca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego.

**Zwracamy się z prośbą o przesłanie propozycji ofertowej wypełnionej zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego pocztą elektroniczną na adres: [zampub@szpitaltoszek.pl](mailto:zampub@szpitaltoszek.pl)**

**w nieprzekraczalnym terminie do 25.03.2019 r. do godz. 14:00**

**z dopiskiem „Propozycja ofertowa – nr postępowania 22/DEG/AM/2019**

Z poważaniem

Zastępca Dyrektora  
d/s Ekonomiczno-Exploatacyjnych

*inż. Erwin Janysek*

Załączniki:

1. Propozycja ofertowa.

---

Nr konta w ING Bank Śląski O/Gliwice  
96 1050 1285 1000 0002 0310 0144  
Strona internetowa: [www.szpitaltoszek.pl](http://www.szpitaltoszek.pl)  
E-mail: [info@szpitaltoszek.pl](mailto:info@szpitaltoszek.pl)

Numer KRS: 0000044032  
Regon: 000293114  
NIP: 9690946632

Nr telefonu Centrali: 032/233-41-12  
Dyrektor Szpitala- tel. wewn. 215, fax 032/233-52-44  
Z-ca Dyr. ds. Lecznictwa – tel. wewn. 260  
Z-ca Dyr. ds. Ekonom.-Ekspł. – tel. wewn. 206, fax 032/233-43-25

---

**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 22/DEG/AM/2019**

**Dostawa łóżek szpitalnych dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego  
w Toszku**

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Numer telefonu / fax .....

1. Propozycja ofertowa.

Lp.	Nazwa	Ilość	Jedn. miary	Cena jedn. netto (zł)	Wartość netto (zł)	VAT (%)	Wartość VAT (zł)	Wartość brutto (zł)
1.	<p>Łóżko szpitalne metalowe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leże łóżka dwusegmentowe</li> <li>• regulacja segmentu oparcia pleców ręczny mechanizmem zapadkowym</li> <li>• stała wysokość leża</li> <li>• segmenty leża wypełnione metalową siatką montowaną na stałe</li> <li>• szczyty łóżka metalowe malowane farbą proszkową</li> <li>• wypełnienie szczytów płyta laminowana</li> <li>• wytrzymałość min 150 kg</li> <li>• cztery stopki</li> <li>• kolor biały</li> </ul> <p><b>Dane techniczne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• długość łóżka 2100 ± 20 mm</li> <li>• szerokość całkowita łóżka 940 ± 20 mm</li> <li>• wymiary leża 2000x900mm ± 10 mm</li> </ul>	20	szt.					
<b>RAZEM:</b>								

2. Termin płatności:  
Wyznaczamy płatność w terminie ..... dni od daty dostarczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych.  
*/wymagane jest min. 14 dni, max. 30 dni/*
3. Gwarancja jakości: Oświadczamy, że udzielamy gwarancji jakości na przedmiot zamówienia na okres ..... miesięcy.
4. Inne .....

..... dn. ....

.....  
*pieczętka i podpis Dostawcy  
lub upelnomocnionego przedstawiciela (tj) Dostawcy*