Załącznik Nr 3 do Regulaminu

Znak sprawy: D26M/01/2025

ZAPYTANIE OFERTOWE

Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. zapraszają Państwa do złożenia oferty cenowej na wykonanie zadania o szacunkowej wartości zamówienia nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł. (art. 2 ust. 1 pkt 1 PZP)

„Zakup i dostawa chłodziarko-zamrażarka laboratoryjna i szafa mroźna z czujnikiem temperatury przeznaczonych do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych dla Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni – Szpitale Pomorskie Sp. z o.o."

1. Zamawiający:

   1) **Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.**

      z siedzibą: 81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1, NIP: 586 22 86 770

   2) Komórka organizacyjna Zamawiającego prowadząca sprawę:

      Dział Aparatury Medycznej

   3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił

      Pana **Sławomir Kuszaj tel: 507 306 452, 58 72 60 219**

2. Przedmiot zamówienia:

   Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zamieszczony jest w Załączniku nr 2

4. Warunki finansowego rozliczenia realizacji zadania:
   termin płatności: do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT.

5. Cena oferty:

   1) Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

   2) Cena oferty jest ceną brutto zawierającą wszelkie ewentualne rabaty, upusty, promocje.

6. Wykonawca składając ofertę gwarantuje, że produkt jest fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych, kompletny i po dostarczeniu go do Zamawiającego, będzie gotowy do użytku zgodnie z jego przeznaczeniem, bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego dodatkowych nakładów finansowych, organizacyjnych i technicznych.

7. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem wag tych kryteriów:

L.p.	RODZAJ KRYTERIUM	RANGA
1.	Cena	90 %

2.	Termin dostawy	10 %

1. Liczba punktów jaką można uzyskać w kryterium cena, obliczona zostanie na podstawie następującego wzoru:

Liczba punktów jaką można uzyskać w **kryterium cena,** obliczona zostanie na podstawie następującego wzoru:

PK= [CN / CR] x 90

PK - ilość punktów dla kryterium

CN - najniższa oferowana cena

CR - cena brutto oferty rozpatrywanej

Wykonawca może uzyskać maksymalnie 90 pkt w kryterium cena.

Liczba punktów w kryterium termin dostawy obliczona zostanie na podstawie następującego wzoru:

PK= [TN / TR] x 10

PK - ilość punktów dla kryterium

TN – termin dostawy najkrótszy spośród złożonych ofert

TR – termin dostawy oferty rozpatrywanej

Wykonawca może uzyskać maksymalnie 10 pkt w kryterium termin dostawy.

Ostateczna ocena punktowa oferty jest sumą punktów uzyskanych w kryterium „cena" oraz „termin dostawy" i będzie zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku.

8. Ofertę cenową prosimy przesłać na adres e-mail: skuszaj@szpitalepomorskie.eu **do dnia 03.10.2025r.**

9. Zamawiający informuje, że w przypadku wystąpienia okoliczności powodujących, że wykonanie zamówienia nie leży w interesie Szpitali, Zamawiający może unieważnić prowadzone postępowanie lub odstąpić od zamówienia na każdym jego etapie.

10. Wykaz dokumentów niezbędnych dla przeprowadzenia postępowania:

- Wypełniony Formularz Oferty - załącznik nr 1

- Opis oferowanego asortymentu w postaci oficjalnego dokumentu handlowego potwierdzający wymagane parametry przedmiotu zamówienia (np. katalog, folder, ulotka, karta katalogowa)

PREZES ZARZ[redacted]
Dariusz Nałęcz

WICEPREZES ZARZĄDU
Stanisław Cirocki

.....
(Podpis Kierownika Zamawiającego lub osoby upoważnionej)

Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy		