

**Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,** ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

tel. +48 774 062 530 / 506 , e-mail: zamowienia@e-szpital.eu

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn – Koźle

NIP: 749-17-90-304, REGON: 000314661

tel. +48 774 062 400, faks +48 774 062 544, spzoz@e-szpital.eu, www.e-szpital.eu

Kędzierzyn-Koźle, dnia 26 luty 2024r.

AZ. 2024.93

**OGŁOSZENIE**

 **O ZAMÓWIENIU W TRYBIE DO 130 000,00 zł netto**

1. Przedmiot zamówienia:

**„Dostawa masek krtaniowych I-GEL rozmiar 3,4,5 dla SP ZOZ
w Kędzierzynie-Koźlu”.**

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:
2. Maski krtaniowe I-GEL w rozmiarach: 3, 4, 5.
3. Nienadmuchiwany mankiet z materiału podobnego do żelu
4. Standardowe złącze (15 mm)
5. Z blokerem zgryzu i podporą nagłośni
6. Nie zawiera lateksu i PCV
7. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy na własny koszt i odpowiedzialność w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu tj. do Apteki Szpitalnej, ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn Koźle w godzinach pracy apteki 7:30 do 14:00.
8. Termin realizacji zamówienia (dostawy): do 7 dni od dnia otrzymania zlecenia.
9. Poprzez dostawę Zamawiający rozumie dostarczenie przedmiotu do Apteki Szpitalnej Zamawiającego.

Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie - Koźlu**

 **ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn - Koźle**

1. Osobami ze strony zamawiającego upoważnionymi do kontaktowania się z wykonawcami, są: Beata Plinta, tel. 77/40 62 530 oraz Łukasz Litwinowicz tel. 77/40 62 506 w godzinach pracy Zamawiającego
tj. 7:00 - 14:35.
2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych lub częściowych.
3. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują za pomocą platformy zakupowej. W przypadku awarii platformy zakupowej dopuszcza się komunikację
z Zamawiającym za pomocą poczty elektronicznej na adres: **zaopatrzenie@e-szpital.eu**
4. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z zapytaniem dotyczącym treści ogłoszenia
o zamówieniu.
5. Wykonawcy pozostają związani ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
7. Zamawiający dopuszcza możliwość prowadzenia między Zamawiającym, a Wykonawcą negocjacji dotyczących złożonej oferty oraz dokonywanie jej zmiany.
8. Wykonawca może złożyć ofertę na druku zamawiającego lub na własnym druku.
9. Wykonawca może złożyć jedną ofertę.
10. Zamawiający wymaga złożenia oferty drogą elektroniczną. Ofertę można składać za pomocą:

platformy zakupowej: [**https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz\_kedzierzynkozle/proceedings**](https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle/proceedings) lub e-mail: **zaopatrzenie@e-szpital.eu** .

1. Termin składania ofert upływa w dniu  **05-03-2024 r. o godzinie 09:00.**
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu  **05-03-2024 r. o godzinie 09:15** w siedzibie Zamawiające­go.
3. Kryterium oceny ofert: **cena 100%:**
4. Zamawiający może wezwać wykonawcę do uzupełniania brakującej dokumentacji, lub poprawienia już złożonej.
5. W celu weryfikacji parametrów oferowanych produktów, Zamawiający może wezwać Wykonawcę
do przedłożenia próbek.
6. Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który podlega wykluczeniu z postępowania oraz wykonawcy, który złożył ofertę, która nie odpowiada zapisom ogłoszenia o zamówieniu.
7. Termin zapłaty: 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
8. Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia przedmiotowego postępowania bez podania przyczyny
na każdym jego etapie.

**Wymagane dokumenty, jakie należy dołączyć składając ofertę:**

1. **Wypełniony formularz ofertowy (wzór stanowi załącznik nr 1);**
2. **Oświadczenie wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu (załącznik nr 2).**

Załączniki:

1. Formularz ofertowy - załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu - załącznik nr 2.

**Załącznik nr 1**

 **AZ.2024.93**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

 **w Kędzierzynie-Koźlu**

ul. 24 Kwietnia 5

 47-200 Kędzierzyn-Koźle

|  |
| --- |
| **„OFERTA”****Na: „Dostawę masek krtaniowych I-GEL rozmiar 3,4,5 dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.”** **Postępowanie nr: AZ.2024.93** |

1. **DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ..................................................................................................................................................................

Adres: ………….........................................................................................................................................................

Numer NIP .......................................................... Regon ......................................................................................

Adres e-mail: ........................................... Osoba do kontaktu: ................................. tel. ....................................

1. OFEROWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach wymaganych przez Zamawiającego określonych
w postanowieniach ogłoszenia o zamówieniu za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent / Model** | **Ilość**  | **Cena jednostkowa** **netto za 1 szt.** | **Wartość netto**  | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=3x4** | **6** | **7=5+VAT** |
| **Maska krtaniowa I-GEL rozmiar 3– 16 sztuk** |  **……….** | **16** | **.....zł** | **.......zł** | **....%** | **.....zł** |
| **Maska krtaniowa I-GEL rozmiar 4 – 20 sztuk** |  **……….** | **20** | **.....zł** | **.......zł** | **....%** | **.....zł** |
| **Maska krtaniowa I-GEL rozmiar 5 – 20 sztuk** |  **……….** | **20** | **.....zł** | **.......zł** | **....%** | **.....zł** |
| **Razem** | **.....zł** | **x** | **.....zł** |

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POSTANOWIEŃ NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**
2. Składam/-y ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w ogłoszeniu
o zamówieniu.
3. Oświadczamy, że wykonamy zamówienie w terminie: 7 dni od dnia otrzymania zlecenia.
4. Oświadczam, że akceptuję termin płatności od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury: 30 dni.
5. Oświadczam/-y, że uważam/-y się za związanego/-ych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam/-y, że powyżej podana cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru mojej/-naszej oferty.
7. Oświadczam, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.............................. dnia ………….............. ………………………………………………………………………

 Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika

**Załącznik nr 2**

**składane w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129,185).**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest: **Dostawa masek krtaniowych I-GEL rozmiar 3,4,5 dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.**

Działając w imieniu Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... (nazwa i adres)

**Oświadczam, że:**

nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.
o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129, 185).

 Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przekazywaniu informacji.

*…….*…….................................................

Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika