



SPP ZOZ  
IM. DR. ST. DERESZA  
W CHOROSZCZY

*Samodzielny Publiczny Psychiatryczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej*

*im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy*

*16 – 070 Choroszcz tel. +48 85 719 10 91*

*ul. Plac Z. Brodowicza 1 fax. +48 85 719 28 00*

Choroszcz, dn. 20.05.2022r.

Nr sprawy: SZP 3820 – 20/22

**Zapytanie ofertowe dla zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż 130 000 złotych  
na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych  
(t.j. Dz. U. 2021 poz. 1129 z póź. zm.)**

1. Zamawiający:  
Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy ul. Plac Z. Brodowicza 1 16-070 Choroszcz zaprasza do udziału w zapytaniu ofertowym na: **dostawę tabletek do dezynfekcji powierzchni**, wg opisu w Załączniku nr 2 do niniejszego zapytania.
3. Warunki realizacji zamówienia zostały określone w projekcie umowy – Załącznik nr 3 do niniejszego zapytania
4. Termin realizacji: 24 miesiące od dnia podpisania umowy
5. Przy wyborze oferty zostaną zastosowane następujące kryteria oceny ofert:  
**Cena – waga 100%**
6. Wykonawca składa następujące dokumenty:
  - 1) *Uzupełniony i podpisany formularz ofertowy i cenowy – wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 i 2 do niniejszego zapytania,*
  - 2) *Dokumenty zawierające potwierdzające spectrum i czas działania, instrukcję stosowania i przechowywania dostarczonego przedmiotu zamówienia oraz karty charakterystyki produktu lub charakterystykę produktu leczniczego stosownie do oferowanego przedmiotu zamówienia (dokumenty w języku polskim)*
7. Termin złożenia oferty i otwarcia ofert:  
Oferty należy złożyć do dnia **26.05.2022 r. do godz. 10:00**  
Otwarcie ofert nastąpi w dniu **26.05.2022 r. o godz. 10:15**
8. **Sposób przygotowania oferty:**  
Ofertę na formularzu ofertowym wraz z wymaganymi dokumentami należy złożyć za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [joanna.zalewska@sppchoroszcz.med.pl](mailto:joanna.zalewska@sppchoroszcz.med.pl)
9. **Osoba uprawniona do kontaktów z wykonawcami :**  
Joanna Zalewska tel. 85/7191091 wew. 404 e-mail: [joanna.zalewska@sppchoroszcz.med.pl](mailto:joanna.zalewska@sppchoroszcz.med.pl)
10. **Zamawiający zastrzega sobie prawo:**
  - 1) w toku badania i oceny ofert do żądania od Wykonawców dodatkowych wyjaśnień dotyczących treści

złożonych ofert,

- 2) podjęcia ewentualnych dalszych negocjacji cenowych w celu zawarcia umowy,
- 3) swobodnego wyboru oferty lub rezygnacji z wyboru oferty bez podania przyczyny,
- 4) jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans cenowy, Zamawiający przeprowadzi negocjacje z Wykonawcami,
- 5) unieważnienia zapytania lub zmiany jego warunków, w tym ograniczenia zakresu zamówienia, bez podania przyczyny.

**11. W załączeniu:**

- 1) Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- 2) Załącznik nr 2 – Formularz cenowy
- 3) Załącznik nr 3 – Projekt umowy

*p.o. Dyrektora  
Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy*

*mgr Bogdana Minkiewicza*

**p.o. DYREKTORA**  
Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy

*mgr Bogdan Minkiewicz*