**Załącznik Nr 2 do Regulaminu**

udzielania zamówień publicznych

o wartości szacunkowej nie przekraczającej

 równowartości kwoty 30 000 euro

Znak sprawy: POIS.09.01.00-00-0012/16/DZP-271-4/17/UE Brzesko dn 23.05.2017r.

**Zadanie realizowane jest w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na podstawie Umowy nr: POIS.09.01.00-00-0012/16-00/216/1653 o dofinansowanie projektu pn: *„ Poprawa funkcjonowania ratownictwa medycznego w powiecie brzeskim poprzez doposażenie i zastosowanie technologii energooszczędnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w SPZOZ w Brzesku”***

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**dotyczące zamówień poniżej 30 000 euro**

1. **Zamawiający**: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku, 32-800 Brzesko,**

 **ul: Kościuszki 68** zaprasza do złożenia oferty na dostawę **„Urządzeń medycznych”**.

1. **Opis przedmiotu zamówienia**:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa urządzeń medycznych:

1. Zadanie nr:1 (CPV 33170000-2)-Videolaryngoskop – 1 kpl
2. Zadanie nr:2 (CPV 33170000-2) – Zestaw do trudnej intubacji dla dzieci – 1 kpl,

Zestaw do trudnej intubacji dla dorosłych – 1 kpl,

1. Przedmiot zamówienia został podzielony na 2 zadania, Wykonawca może złożyć ofertę na wybrane przez siebie zadanie.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera Załącznik nr:1 do niniejszego zapytania.
3. **Metoda obliczenia ceny**: cenę oferty należy policzyć w następujący sposób:

 cena jednostkowa netto w złotych, wartość netto w złotych, wysokość podatku VAT w procentach, wysokość podatku VAT w złotych, wartość brutto w złotych. Cenę oferty należy zaokrąglić do 2 miejsc po przecinku.

1. **Termin realizacji zamówienia**: do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy
2. **Termin płatności**: do 30 dni od dnia otrzymania faktury.
3. **Rodzaj i opis kryteriów wyboru oferty**: Cena – 100%.
4. **Opis warunków udziału w postępowaniu**:

Zamawiający wymaga przedłożenia poniższych dokumentów.

1. aktualny odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust.1 pkt.2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania ( wzór oświadczenia stanowi załącznik nr:2 )
3. **Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami**: Krystyna Nowak tel: 14 66 21 155.
4. **Miejsce i sposób przygotowania i złożenia oferty:** ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim i przesłać Zamawiającemu fax-em na nr: (14) 66 21 155 lub pocztą elektroniczną na adres: **przetargi@spzoz-brzesko.pl**, lub przesłać listownie na adres siedziby Zamawiającego, lub złożyć osobiście w siedzibie Zamawiającego **pok. 386 do dnia 26.05.2017 r do godz: 12:00.**

**11**.Oferenci zainteresowani złożeniem oferty mogą składać Zamawiającemu pisemne zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego, za pomocą telefaksu na numer 14 6621155 lub pocztą e-mail na adres:

 przetargi@spzoz-brzesko.pl

**Treść oferty (wypełnia wykonawca):**

**1. Nazwa wykonawcy:** …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….……………………………………………

**2. Adres Wykonawcy:** ……………………………………………………………………………………… …………………………………………………..…………………………………………………………………

NIP ………………………………….; Regon: ………………………………..;

telefon………………………………; fax……………………………………;

**3.Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na dostawę:** **„urządzeń medycznych*”* dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku za cenę:**

**1) Zadanie nr:1**

Cenę netto: …………………. zł (słownie złotych:………………………………………………

Podatek VAT: ………...%, podatek VAT………………………………….zł

Wartość brutto: ………………………………… zł (słownie złotych……………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………)

**2) Zadanie nr:2**

Cenę netto: …………………. zł (słownie złotych:………………………………………………

Podatek VAT: ………...%, podatek VAT………………………………….zł

Wartość brutto: ………………………………… zł (słownie złotych……………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………)

4.Potwierdzam termin realizacji zamówienia.

5.Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

6.Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami realizacji zamówienia określonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Miejscowość dnia ………………………..

 ……………………………………….

 ( pieczątka firmowa wykonawcy)

Załączniki:

- Wypełniony i podpisany Załącznik nr:1,

- Wypis z właściwego rejestru,

- Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia

…………………….……………………………………… ( podpis i pieczątka wykonawcy lub osoby upoważnionej)