

Nowogrodzic, 17.03.2020 r.

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Nowogrodźcu
ul. Adama Asnyka 55, 59- 730 Nowogrodzic
NIP: 612-15-45-598 REGON: 230405204
e- mail: kontakt@spzzoz.eu

SP ZOZ/220/2020

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY

Działając zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (t. j. Dz. U. Z 2019 roku poz.1843) zwracamy się zaproszeniem do złożenia oferty cenowej na **dostawę mięsa i wyrobów wędliniarskich dla Zakładów Opieki Zdrowotnej przy ul. Lubańskiej 16, należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu przy ul. Adama Asnyka 55.**

Postępowanie jest prowadzone w trybie zapytania ofertowego.

I. ZAMAWIAJĄCY

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu
ul. Adama Asnyka 55, 59- 730 Nowogrodzic
NIP: 612-15-45-598
REGON: 230405204

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Dostawa mięsa i wyrobów wędliniarskich dla Zakładów Opieki Zdrowotnej przy ul. Lubańskiej 16, należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu przy ul. Adama Asnyka 55.**
2. Szczegółowy spis oraz szacunkowa ilość zamawianych produktów zawiera Formularz ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
3. Wykonawca udziela gwarancji, że towar jest dobrej jakości, wolny od wad oraz posiada wymagane atesty i certyfikaty, oznaczenia co do jakości z Polskimi Normami lub parametrami odnoszącymi się do Polskich Norm i terminów przydatności do spożycia.
4. W razie stwierdzenia przez Zamawiającego wad towaru, Wykonawca zobowiązany jest po zgłoszeniu reklamacji do wymiany wadliwego produktu.
5. Dostawa powinna być realizowana transportem własnym Wykonawcy. Wykonawca jest zobowiązany do należytego zabezpieczenia towaru na czas przewozu. Poprzez dostawę należy rozumieć dostarczenie przedmiotu umowy do siedziby Zamawiającego przy ul. Lubańskiej 16 w Nowogrodźcu oraz ich wniesienie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

6. Każdy samochód, którym będzie dostarczana żywność musi posiadać wymogi HCCP stwierdzającą spełnienie warunków do higienicznego przewozu określonych produktów, tj. mięsa i wyrobów wędliniarskich.
7. Ilości w zapytaniu ofertowym określają przybliżony poziom dostawy i nie stanowią zobowiązania Zamawiającego.
8. Wykonawca zapewni terminowość dostaw.
9. Zamawiający wymaga podpisania standardowej umowy dostawy.

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

1. Termin realizacji: Realizacja przedmiotu zamówienia sukcesywnie w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia umowy, według pisemnych zamówień składanych przez pracownika Zamawiającego.
2. Termin wykonania zamówienia: Termin dostawy zamówienia wynosi 1 dzień od dnia złożenia przez pracownika Zamawiającego zamówienia drogą e-mail bądź faxem, z potwierdzeniem otrzymania przez Wykonawcę.
3. Miejsce dostawy zamówienia: miejsce wskazane przez pracownika w siedzibie Zamawiającego.

IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia może ubiegać się Wykonawca spełniający następujące warunki:

- a) Posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- b) Jest dopuszczony do obrotu prawnego zgodnie z wymogami ustawowymi.

V. KRYTERIA WYBORU OFERT

1. Porównaniu podlegać będą oferty:

- a) kompletne,
- b) złożone zgodnie z terminem wyznaczonym w niniejszym zaproszeniu,
- c) zgodne z treścią niniejszego zapytania ofertowego,

2. Jedynym kryterium wyboru oferty jest cena oferty brutto- 100%.

3. Oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów wynikających z działania:

$$P_i(C) = C_{min} / C_i * 100$$

gdzie:

P_i(C)- ilość punktów jakie otrzyma oferta „i” za kryterium „Cena”

C_{min}- najniższa cena brutto spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert;

C_i- cena brutto oferty „i”

100- maksymalna liczba punktów

4. Niniejsze zamówienie zostanie udzielone temu Wykonawcy, którego oferta uzyska najwyższą liczbę punktów o ostatecznej ocenie punktowej.

5. Jeżeli Zamawiający nie będzie mógł dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

6. Wykonawcy , składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

VI.DOKUMENTY I OŚWIADCZENIA POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIANIE WARUNKÓW

1. Kompletna oferta powinna zawierać: wypełniony i podpisany przez osobę upoważnioną formularz ofertowy- załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Zamawiający nie wymaga składania żadnych innych dokumentów potwierdzających spełnianie warunków w postępowaniu. Zamawiający uzna spełnienie warunków na podstawie prawidłowo wypełnionego i podpisanego formularza ofertowego.
3. Inne dokumenty, np. certyfikaty, referencje, itp. również nie są wymagane, ale mogą być fakultatywnie dołączane przez oferentów.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawców do wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert, w szczególności stwierdzenia, że złożona oferta zawiera rażąco niską cenę.
5. Zamawiający poprawi w ofertach oczywiste omyłki pisarskie i rachunkowe, a także inne omyłki, które nie mają wpływu na merytoryczną zawartość oferty.
6. Wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, zobowiązany jest do niezwłocznego przedstawienia wszystkich dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy, tj.:
 - dokumenty dotyczące prowadzonej działalności lub oświadczenia w przypadku osoby fizycznej;
 - dane osób upoważnionych do podpisania umowy oraz numer i nazwę rachunku bankowego;
 - dokumenty poświadczające odpowiednie uprawnienia.

Nieprzedstawienie wymaganych wyjaśnień lub dokumentów na wezwanie Zamawiającego rozumiane będzie jako odmowa zawarcia umowy i skutkować będzie odrzuceniem oferty.

VII.MIEJSCE, SPOSÓB I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w jednej z wybranych form:
 - a) bezpośrednio w siedzibie Zamawiającego **ul. A. Asnyka 55, 59- 730 Nowogrodzic;**
 - b) drogą pocztową na adres: **SP ZOZ w Nowogrodźcu, ul. A. Asnyka 55, 59- 730 Nowogrodzic**
 - c) faksem- **nr: 75 731 63 16**
 - d) drogą elektroniczną- adres e-mail: kontakt@spzzoz.eu
2. W celu potwierdzenia przyjęcia oferty składający ofertę powinien zażądać potwierdzenia odbioru.
3. Ostateczny termin składania ofert: **24.03.2020 r. godzina 12:00.**

VIII.OSOBY UPRAWNIONE DO KONTAKTU

Osobami upoważnionymi do kontaktowania się z oferentami:

- Pani Agnieszka Frączek, tel. (75) 731-63-16,
- Pani Anna Kosior, tel. (75) 731-62-25 (wew. 23).

IX.WYBÓR NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

1. Wyboru oferty dokona 3 osobowa komisja z ramienia Zamawiającego.
2. Z wybranym oferentem zostanie zawarta umowa w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

3. W przypadku odmowy zawarcia umowy przez wyłonionego Wykonawcę, Zamawiający zawrze umowę z Wykonawcą, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna ekonomicznie.

X.INFORMACJA O WYBORZE WYKONAWCY

O wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie poinformowany każdy oferent biorący udział w postępowaniu w terminie do **25.03.2020 r. do godziny 14:00.**

XI.UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWNIA I ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ

1. Zamawiający unieważni postępowanie jeśli nie wpłynie żadna ważna oferta.
2. Zamawiający unieważni postępowanie jeśli wystąpią inne ważne przesłanki niewynikające z winy stron postępowania.
3. Wykonawcom nie przysługują środki ochrony prawnej przewidziane ustawą Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. 2019 roku poz.1843).

ZAŁĄCZNIKI:

- formularz oferty- zał.nr 1

Zatwierdzam
Dyrektor
Robert Adaszewski

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu
 ul. Adama Asnyka 55, 59- 730 Nowogrodziec
 NIP: 612-15-45-598
 REGON: 230405204
 e- mail: kontakt@spzzoz.eu

FORMULARZ OFERTA CENOWA

Dla niniejszego postępowania nie mają zastosowania przepisy i procedury określone ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r.- Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. 2019 roku poz.1843)zwaną dalej ustawą Pzp. Zgodnie z art. 4pkt. 8 w/w ustawy.

DANE WYKONAWCY

Nazwa	
Adres:	
Tel./Fax:	
E-mail:	
Nr KRS:	
Nr NIP:	
Nr REGON:	

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 17.03.2020 r. dotyczące:

dostawy mięsa i wyrobów wędliniarskich dla Zakładów Opieki Zdrowotnej przy ul. Lubańskiej 16, należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu przy ul. Adama Asnyka 55 składamy niniejszą ofertę i zobowiązujemy się wykonać przedmiotowe zamówienie, zgodnie z wszystkimi warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w następującej cenie:

L.p.	Nazwa usługi	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1.	Tyrołska	kg	130 kg			
2.	Salceson	kg	22 kg			
3.	Szynka kanapkowa	kg	75 kg			
4.	Ogonówka	kg	145 kg			

5.	Golonka konserwowa	kg	110 kg			
6.	Kaszanka	kg	60 kg			
7.	Kiełbasa żywiecka	kg	130 kg			
8.	Kiełbasa podlaska	kg	40 kg			
9.	Szynka drobiowa kanapkowa	kg	175 kg			
10.	Polędwica drobiowa	kg	85 kg			
11.	Szynka indyjska	kg	90 kg			
12.	Parówki śląskie	kg	210 kg			
13.	Pasztet borowikowy	kg	135 kg			
14.	Polędwica sopocka	kg	65 kg			
15.	Kiełbasa podwawelska	kg	160 kg			
16.	Szynka delikatesowa	kg	50 kg			
17.	Szynka królewska biała	kg	20 kg			
18.	Kiełbasa zwyczajna	kg	10 kg			
19.	Kiełbasa swojska	kg	20 kg			
20.	Łopatką b/k	kg	600 kg			

21.	Karkówka b/k	kg	100 kg			
22.	Schab b/k	kg	100 kg			
23.	Filet z kurczaka	kg	120 kg			

Razem wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia:

Netto:.....Słownie:

Brutto:..... Słownie:

Warunki dostawy:

Czas realizacji dostawy: poniedziałek, piątek/ do uzgodnienia
 Godziny dostaw: 7:00- 8:00
 Płatność: przelew- 30 dni. Faktura zbiorcza (2 razy w miesiącu).
 Cena zawiera wszystkie koszty dostawy.

1. Oświadczenie

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2. Osoby upoważnione do kontaktów

Na osobę upoważnioną do kontaktów wyznaczamy:

.....
 (Imię i nazwisko, stanowisko, telefon)

3. Osoby upoważnione do podpisania umowy

W przypadku wyboru naszej oferty osobą upoważnioną do podpisania umowy jest:

.....
 (Imię i nazwisko, stanowisko, telefon)

Podpis oferenta:

.....