ZAPYTANIE CENOWE
w celu ustalenia szacunkowej wartości zamówienia

W imieniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie, zapraszamy wszystkich zainteresowanych do udzielenia odpowiedzi na opublikowane w celu rozeznania rynku zapytanie cenowe dot. dostawy systemu PET/CT dla **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie.**

1. **Opis przedmiotu zamówienia - stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.**
2. **Oferta cenowa musi zawierać:**
   a) **wartość netto i wartość brutto** (podatek VAT) wraz z uzupełnionym załącznikiem nr 1 (opis przedmiotu zamówienia)
   b) oferta cenowa powinna być podzielona na :
      - system PET/CT;
      - dostawa, zainstalowanie sprzętu,
      - dostosowanie infrastruktury serwisowania zakupionego aparatu PET/CT oraz szkoleń w zakresie obsługi urządzenia;
      - w razie potrzeby inne koszty (wymienić).
   c) **warunki płatności: 30 dni od daty dostarczenia faktury,**
   d) **oświadczenie Wykonawcy** dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania,
   e) okres ważności złożonej oferty (wymagany **min. 60 dni),**
   f) termin realizacji zamówienia.

Uwaga: Niniejsze zapytanie cenowe nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Ustawy Prawo zamówień publicznych ani Kodeksu cywilnego.

3. **Termin złożenia oferty: 16.05.2023.**

4. **Miejsce i sposób składania ofert lub odpowiedzi przez Wykonawcę na zapytanie:**
   a) ofertę prosimy przesłać na adres poczty elektronicznej abartoszek@zsm.com.pl oraz ifilip@zsm.com.pl

   b) w razie niejasności na etapie przygotowania oferty, można zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia *(Jednak nie później niż do dnia 10.05.2023.)* przesyłając je na adres poczty elektronicznej: abartoszek@zsm.com.pl oraz ifilip@zsm.com.pl

5. Zamawiający, może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
6. Zamawiający umożliwia wykonanie wizji lokalnej w obecnie funkcjonującej pracowni w dniu 12.05.2023. od godziny 12:00 po wcześniejszym ustaleniu dokładnej godziny. Ustalenie terminu i godziny wizyty za pośrednictwem poczty elektronicznej: abartoszek@zsm.com.pl
7. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia lub odwołania niniejszej procedury na każdym etapie bez podania przyczyny.

KIEROWNIK
DZIAŁ APARATURY MEDYCZNEJ
Andrzej Bartoszek

P.O.
Dyrektora operacyjnego
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
Iwona Filip