**Numer zapytania: SP ZOZ Z-M/1/2021**

#  Chorzów, dnia 13.01.2022r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich z siedzibą przy ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów zaprasza do składania ofert na zakup wraz z dostawą produktów spożywczych, kawy i herbaty oraz wody mineralnej dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie.

1. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień Publicznych na podstawie zawartego w niej przepisu art. 2 ust.1 pkt 1 – wartość zamówienia jest mniejsza niż 130 000 złotych.

1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest zakup wraz z dostawą produktów spożywczych, kawy i herbaty oraz

wody mineralnej. Zamówienie zostało podzielone na pakiety (załącznik 1 i 2).

Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert częściowych na dowolnie wybrany pakiet (maksymalnie na wszystkie pakiety tj. 2 pakiety), lecz nie dopuszcza składania ofert na wybrane pozycje asortymentowe w pakietach zgodnie z załącznikiem 1 i 2.

1. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r.

1. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

**Cena – 100 %**

6. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

 Dostawy towaru nastąpią według potrzeb Zamawiającego:

Minimum 1 raz w miesiącu w godzinach 8:00 – 14:00 (zamówienie złożone w dniu poprzedzającym dzień dostawy) – zamówienie do godziny 12:00 – dla pakietu 1.

Minimum 1 raz w tygodniu w godzinach 8:00 – 14:00 (zamówienie złożone w dniu poprzedzającym dzień dostawy) – zamówienie do godziny 12:00 – dla pakietu 2.

Dostawa przedmiotu umowy odbywać się będzie na koszt i ryzyko Wykonawcy do SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie lokalizacja ulica Strzelców Bytomskich 11 i ulica Władysława Truchana 7 (dotyczy pakietu 1 i pakietu 2).

7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Oferta Wykonawcy powinna zawierać:

1. Wypełniony formularz ofertowy wg załącznika nr 1 i formularz cenowy załącznik nr 2 do niniejszego Zapytania ofertowego,
2. Zaakceptowany wzór umowy wg. załącznika nr 3.

8. TERMIN ORAZ WARUNKI SKŁADANIA OFERT:

W sytuacji, gdy są Państwo zainteresowani złożeniem oferty w powyższym zakresie prosimy o złożenie dokumentów wymienionych w pkt 7 niniejszego Zapytania. Zamawiający dopuszcza przesłanie podpisanej oferty na adres: **jszmigielska@zsm.com.pl**

lub na adres : SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich Dział Zaopatrzenia ul. Strzelców Bytomskich 11 ,

41-500 Chorzów

Oferta powinna być złożona w jednym egzemplarzu w języku polskim. Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do **19.01.2022 r. do godz. 12.00.**

**Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane, liczy się data wpływu oferty Zamawiającego.**

9. OSOBA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Wykonawcami:

Pani Joanna Szmigielska

e-mail: jszmigielska@zsm.com.pl

tel. (032) 34-99-126

10. INNE:

1. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie do zawarcia umowy, ani też nie jest równoznaczne ze złożeniem zamówienia.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
* odstąpienia bądź unieważnienia zapytania ofertowego bez podania przyczyny w przypadku zaistnienia okoliczności nieznanych Zamawiającemu w dniu sporządzania niniejszego Zapytania ofertowego,
* odstąpienia od zlecenia wykonania części zakupu,
* negocjacji warunków realizacji zamówienia po wyborze Wykonawcy,
* prowadzenia negocjacji z wybranym/i Wykonawcą/cami,
* przedłużenia terminu składania ofert oraz terminu związania ofertą,
* zmiany lub uzupełnienia treści zapytania ofertowego przed upływem terminu składania ofert informując o tym Wykonawców.
1. Niniejsze zapytanie nie stanowi podstawy do roszczeń ze strony Wykonawcy.
2. Niniejsze zapytanie ofertowe nie dotyczy postępowania prowadzonego w trybie ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
3. Wykonawca będzie związany ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.
4. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od realizacji zamówienia (lub zawarcia umowy – w przypadku dołączonej umowy), Zamawiający może dokonać ponownego badania i oceny ofert spośród ofert pozostałych Wykonawców oraz wybrać najkorzystniejszą ofertę albo unieważnić postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego.
5. Szczegółowe informacje w zakresie realizacji przedmiotu zapytania stanowi wzór umowy – załącznik nr 3.

11. ZAŁĄCZNIKI:

1. Wzór Formularza ofertowego – zał. nr 1
2. Wzór formularza cenowego załącznik nr 2
3. Wzór Umowy – załącznik nr 3.

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy:

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

ul. ............................................... nr ...................

kod pocztowy ............................... miejscowość ........................................................

Nr tel.: .........................................

REGON: ....................................... NIP: .....................................................................

KRS: ………………………………………. *(jeśli istnieje)*

e -mail: …...............................................@................................. http://..................................................................

**Oferta do zapytania na zakup wraz z dostawą produktów spożywczych, kawy i herbaty oraz wody mineralnej dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie.**

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotę określoną w załączniku nr 2 do niniejszego zapytanie ofertowego.
			2. Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami i opłatami.
			3. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione , a które mają wpływ na cenę oferty.

|  |
| --- |
| Termin płatności faktury ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia wykonania usługi wraz z dostarczoną prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego. |

* + - 1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
			2. Oświadczamy, iż bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie.
			3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.

...................................... ..........................................................................

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania Wykonawcy