



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 RTG stacjonarnego 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 powinna 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 RTG;
 - dostawa, zainstalowanie sprzętu,
 - dostosowanie infrastruktury serwisowania zakupionego aparatu RTG oraz szkoleń w zakresie obsługi urządzenia;
 - w razie potrzeby inne koszty (wymienić).
 - c) warunki płatności: **mechanizm podzielonej płatności – 5 rat – następujących po sobie w odstępie 30 dni,**
 - 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: 02.12.2024.**

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 mjdrzejowski@zsm.com.pl
- b) w razie niejasności na etapie przygotowania oferty, można zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia (*Jednak nie później niż do dnia 28.11.2024.*) przesyłając je na adres poczty elektronicznej: abartoszek@zsm.com.pl oraz mjdrzejowski@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 27.11.2024.. od godziny 10:00 do 13:00 po wcześniejszym ustaleniu dokładnej godziny. Ustalenie terminu i godziny wizyty za pośrednictwem poczty elektronicznej: abartoszek@zsm.com.pl

Wizja przeprowadzona zostanie w lokalizacji Władysława Truchana 7 – 41-500 Chorzów - w budynku budowanych poradni szpitalnych.

7. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia lub odwołania niniejszej procedury na każdym etapie bez podania przyczyny.

