



Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,
53-208 Wrocław
tel. 71 363 12 23
REGON 000313331
NIP 894-24-60-800

Znak sprawy: DIN.2200.1.2019

Znak pisma: DIN.2200.1.2019.3.MDZ

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na **Dostawa tonerów i tuszy do drukarek i urządzeń wielofunkcyjnych na potrzeby Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ**

Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30 000 Euro

1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,

53-208 Wrocław

Wrocław, dnia 02.04.2019

Zatwierdził:
Dyrektor
.....
Wojciech Skiba



2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:

Klasyfikacja zamówienia wg CPV: 30192113-6– Wkłady drukujące

Dostawa tonerów i tuszy do drukarek i urządzeń wielofunkcyjnych zgodnie z wykazem asortymentowo-cenowym w załączniku nr 1 do zapytania, bezpośrednio do jednostek WCZ SPZOZ:

1. Dyrekcja – ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław,
2. Przychodnia Stare Miasto – pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław,
3. Przychodnia Grabiszyn – ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław,
4. Przychodnia Kozanów – ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław,
5. Przychodnia Stabłowice – ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław,
6. Ośrodek Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji „Celmed” – ul. Celtycka 15/17, 54-153 Wrocław,
7. Ośrodek Dziecięcych Porażień Mózgowych „Puchatek” – ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław,
8. Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień – ul. Lindego 19-21, 51-138 Wrocław.
9. Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień – ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław,
10. Centrum Zdrowia Psychicznego Plus, ul. Ostrowskiego 13c, 53-238 Wrocław.

Zamawiający dopuszcza dostawę zamienników tuszy i tonerów oryginalnych o parametrach nie gorszych niż oryginalne materiały eksploatacyjne producenta.

3. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie stosował następujące kryteria:

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert niepodlegających odrzuceniu przy zastosowaniu poniższych kryteriów:

- 3.1. cena „C” – 100%,

4. Termin i miejsce realizacji zamówienia.

Miejsce: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, ul. Podróżnicza 26/28

Termin realizacji zamówienia: **umowa na okres 1 roku**

5. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę i adres Oferenta, którego ofertę wybrano.

W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Wykonawcę, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 09.04.2019r. do godz. 12:00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 9:00-14:30

Zamawiający **dopuszcza również** składanie e-mailem na adres infor@spzoz.wroc.pl.

7. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1,

Oferta musi być podpisana przez uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem infor@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

R

- Arkadiusz Strzałkowski, tel. (71) 39-11-762

- Marek Dziarski, tel. (71) 39-11-762

9. Warunki płatności za przedmiot zamówienia: Zapłata wynagrodzenia na rzecz Wykonawcy z tytułu dostawy dokonana będzie po odbiorze towaru w jednostce zamawiającej, na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT, w terminie **30 dni** od daty jej doręczenia Zamawiającemu.

Załączniki do zapytania ofertowego:

- załącznik nr 1 – formularz ofertowy

- załącznik nr 2 – wzór umowy

Sprawę prowadzi: Marek Dziarski, tel. (71) 39-11-762, infor@spzoz.wroc.pl