Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

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

Numer referencyjny: DAT.241.6.2020.01.PCZ

Numer CPV: 24.49.63.00

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na **sukcesywną dostawę testów diagnostycznych 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

Zatwierdził:

Z-ca Dyrektora
ds. Sprzedaży
Piotr Ługowski

.....

Wrocław, dnia 19-06-2020 r.

Kierownik
Działu Administracyjno-Technicznego
Agnieszka Młyńczak

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

2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

- Przedmiotem zamówienia jest:

Sukcesywna dostawa testów diagnostycznych na potrzeby Przychodni Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ, zgodnie z wykazem asortymentowym w załączniku nr 1 do zapytania, bezpośrednio do jednostek WCZ SPZOZ:

L.p.	Nazwa przychodni	Adres
1	Przychodnia "GRABISZYN"	ul. Stalowa 50, Wrocław
2	Przychodnia „KOZANÓW"	ul. Dokerska 9, Wrocław
3	Przychodnia „STARE MIASTO"	Pl. Dominikański 6, Wrocław
4	Przychodnia „STABŁOWICE"	ul. Stabłowicka 125, Wrocław
5	Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień	ul. Samuela Lindego 19-21, Wrocław
6	Poradnia Profilaktyczno - Lecznicza Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
7	Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia	ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
8	Dział Farmacji	ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
9	Centrum Zdrowia Psychicznego+	ul. Ostrowskiego 13c, Wrocław

- Zamawiający wymaga, by oferowane testy posiadały aktualne wymagane prawem zezwolenia dopuszczające do obrotu i używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne.
- Gwarancja: Dostarczane testy muszą posiadać min. 12 miesięczny termin ważności, liczony od dnia odbioru danego testu przez Zamawiającego

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:

- cena „C"– 100 %.

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

4. Miejsce realizacji zamówienia:

Przychodnie Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ, wymienione w pkt. 2 zapytania ofertowego.

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.

Umowa zostanie zawarta na 12 mc-y, od dnia podpisania umowy (wzór umowy zał. 2).

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 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 26.07.2020r. do godz. 12:00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28**.

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 7.25:00-15:00

Zamawiający **dopuszcza również** składanie ofert e-mailem na adres: amlynczak@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: amlynczak@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

- Agnieszka Młyńczak, tel. (71) 39-11-753
- Paulina Czermińska, tel. (71) 39-11-759

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 – wykaz asortymentowy
- załącznik nr 2 – wzór umowy
- załącznik nr 3- informacja o RODO