

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**„Z Wieży Dentysta” Janina Dziarnowska**

**ul. Rybacka 8 B lok U4, 84-120 Władysławowo**

Władysławowo, 09.09.2016r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
**dotyczące wyboru dostawcy specjalistycznego urządzenia medycznego -**  
**mikroskop stomatologiczny**

W związku z ubieganiem się przez firmę **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Z Wieży Dentysta” Janina Dziarnowska** o dofinansowanie projektu: „Programy profilaktyki, diagnostyki i leczenia próchnicy oraz zmian nowotworowych w Powiecie Puckim” ze środków RPO Woj. Pomorskiego na lata 2014-2020, zapraszam do składania ofert na **dostawę specjalistycznego urządzenia medycznego**, zgodnie ze specyfikacją podaną poniżej.

**Zamawiający:**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Z Wieży Dentysta” Janina Dziarnowska**

**ul. Rybacka 8 B lok U4, 84-120 Władysławowo**

**NIP: 587-12-89-070**

**Tryb udzielania zamówienia:**

Konkurs ofert realizowany zgodnie z zasadą konkurencyjności.

**Przedmiot zapytania ofertowego:**

**Mikroskop do leczenia kanałowego:**

Urządzenie w wersji jezdnej łączące wysoką jakość oświetlenia i precyzyjną optykę o dużej głębi ostrości, zmianę powiększenia co zapewniać będzie idealną widoczność podczas zabiegów (widziany obraz jest wyraźny i w pełni trójwymiarowy)

**Data i miejsce ogłoszenia zapytania ofertowego:**

09.09.2016

Niniejsze zapytanie ofertowe zostało umieszczone na stronie <http://zwiezy.pl/> oraz w siedzibie firmy na tablicy ogłoszeń przy ul. Rybacka 8 B lok U4, 84-120 Władysławowo

**Termin na złożenie oferty:**

Oferty można składać do dnia 19.09.2016 r. do godz. 15  
Liczy się data i godzina wpłynięcia oferty do Zamawiającego

**Warunki udziału w postępowaniu:**

Z udziału w postępowaniu wykluczone są podmioty powiązane osobowo i kapitałowo z zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- \* uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- \* posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- \* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- \* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**Kryteria wyboru oferty:**

Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu o następujące kryteria:

**1. Cena (80%)**

Punkty za kryterium cena zostaną obliczone wg wzoru:  
$$\text{Cena oferty najtańszej} / \text{cena oferty badanej} \times 80 = \text{liczba punktów}$$

**2. Termin dostawy (20%)**

– sposób obliczania punktacji :  
Termin dostawy 1 miesiąc od podpisania umowy - 20 pkt  
Termin dostawy 2 miesiące od podpisania umowy – 10 pkt.  
Termin dostawy 3 miesiące od podpisania umowy – 5 pkt.  
Termin dostawy dłuższy niż 3 miesiące od podpisania umowy – 0 pkt.

**Oferta musi zawierać następujące elementy**

- \* Pełne dane identyfikujące oferenta (pełna nazwa, adres, nr NIP, nr KRS/EDG),
- \* Datę sporządzenia i termin ważności oferty, przy czym oferta powinna być ważna przynajmniej 3 miesiące.
- \* Zakres i opis oferty,
- \* Odniesienie się do każdego z zamieszczonych w zapytaniu ofertowym kryteriów wyboru oferty,
- \* Cenę całkowitą netto i cenę brutto za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszym zapytaniem,
- \* Warunki i termin płatności,
- \* Datę/okres realizacji przedmiotu oferty,

- \* Dane osoby do kontaktu (imię nazwisko, numer telefonu, adres e-mail),
  - \* Podpis osoby upoważnionej do wystawienia oferty.
- Brak jakiegokolwiek z wyżej wymienionych elementów może skutkować odrzuceniem oferty.

**Sposób składania oferty:**

Oferta może być złożona:

- \* elektronicznie na adres: [ortho26gab@wp.pl](mailto:ortho26gab@wp.pl)
- \* lub w wersji papierowej do siedziby firmy: **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Z Wieży Dentysta” Janina Dziarnowska, ul. Rybacka 8 B lok U4, 84-120 Władysławowo**

Oferty złożone po wskazanym terminie nie będą rozpatrywane. Liczy się data wpłynięcia oferty do firmy. Wraz z ofertą musi zostać przesłane na adres Zamawiającego potwierdzenie wpływu zapytania ofertowego do Oferenta (ksero/skan pierwszej strony niniejszego zapytania ofertowego z adnotacją "Wpłynęło dnia ..." oraz pieczęcią firmową Oferenta i podpisem osoby upoważnionej ze strony Oferenta).

Oferent jest zobowiązany do przedstawienia Oświadczenia o braku powiązań osobowych/kapitałowych z zamawiającym zgodnie z dołączonym do zapytania wzorem.

W ramach składania wniosku o dofinansowanie oferty mogą zostać przekazane w celu weryfikacji do właściwej instytucji publicznej.

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do zamknięcia postępowania bez dokonania wyboru lub unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.**

**Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi do dnia 26.09.2016 r. a wyniki postępowania zostaną umieszczone na stronie internetowej Zamawiającego.**

**Osoba do kontaktu w sprawie oferty:**

Beata Smarzyńska

tel.: 58 674 15 93, email: [ortho26gab@wp.pl](mailto:ortho26gab@wp.pl)

## Oświadczenie o braku powiązań osobowych/kapitałowych z zamawiającym

Ja/my       nizej       podpisany/i       w       imieniu       przedsiębiorcy,       którego       reprezentuję/my  
..... (zwanego dalej Oferentem)  
oświadczam/y, że nie istnieją powiązania osobowe lub kapitałowe pomiędzy Oferentem a Zamawiającym.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- \* uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- \* posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- \* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- \* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
(podpis)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
miejsowość, data

### WZÓR OFERTY

**dotyczącej dostawy specjalistycznego urządzenia medycznego -  
system do wypełniania kanałów ciepłą gutaperką**

**Oferent:**

(pełne dane identyfikujące oferenta - pełna nazwa, adres, nr NIP, nr KRS/EDG)

.....

**Szczegółowy opis oferty i proponowanych rozwiązań:**

.....

**Oferta cenowa:**

	Cena netto	Cena brutto
1.		
2.		
3.		
<b>Kwota - łącznie (cena netto):</b>		
<b>Kwota - łącznie (cena brutto):</b>		

**Warunki i termin płatności:**

.....

**Termin wykonania/ dostawy:**

(data/okres realizacji przedmiotu oferty - termin dostawy)

.....

**Termin ważności oferty :**

(oferta powinna być ważna przynajmniej 3 miesiące):

.....

**Osoba do kontaktu w sprawie oferty:**

(imię nazwisko, numer telefonu, adres e-mail)

.....

.....

podpis osoby upoważnionej do wystawienia oferty