

Zapytanie ofertowe

Dotyczy: dostawa nabiału dla Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich.

(Znak sprawy: ZOZ/9-ZO/08)

Postępowanie ma charakter otwarty i może w nim wziąć udział każdy Wykonawca, który spełnia określone w nim warunki.

Kod CPV: 15510000-6 Mleko i śmietana
15530000-2 Masło
15540000-5 Produkty serowarskie.

- 1. Przedmiot zamówienia:** Na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy prawo zamówień publicznych oraz wewnętrznego Regulaminu Udzielania Zamówień Nieobjętych Ustawą o Zamówieniach Publicznych Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich prosi o przygotowanie oferty cenowej na dostawę nabiału, zgodnie z *Formularzem Cenowym*, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego *Zapytania Ofertowego*.
- 2. Wymagania szczegółowe dotyczące przedmiotu zamówienia:**
 - 2.1. Wykonawca powinien zapewnić następujący cykl dostaw:
 - a) odnośnie poz.1 (mleko 2%) – dostawy od poniedziałku do soboty – do godz. 7:00, dodatkowo, w soboty oraz dni poprzedzające święta – druga dostawa,
 - b) pozostałe pozycje – dostawa, co najmniej, 3 x w tygodniu, w dni robocze – co drugi dzień.
 - 2.2. Każda pozycja Formularza Cenowego stanowi oddzielny pakiet.
- 3. Termin realizacji zamówienia:** 12 m-cy od dnia zawarcia umowy.
- 4. Wymagania podmiotowe:** Wykonawca powinien przedłożyć wraz z ofertą aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 5. Wymagany – minimalny – termin płatności:** 30 dni od dnia doręczenia faktury Zamawiającemu.
- 6. Termin złożenia oferty** – do dnia 05.06.2008 do godz. 15:00
- 7. Kryterium oceny ofert:** cena – 100%
- 8. Termin związania ofertą:** 30 dni.
- 9. Kontakt telefoniczny:** Bogdan Ploch – Przewodniczący Komisji ds. oceny ofert, tel. 077/461 32 91-5 wew. 480

10. Załączniki:

- 1) Formularz: *Prezentacja Oferenta*.
- 2) Formularz: *Druk Ofertowy*.
- 3) Formularz: *Formularz Cenowy*.
- 4) Wzór umowy.

11. Dokumenty jakie powinien dostarczyć Wykonawca:

- 1) Wypełniony formularz – *Prezentacja Wykonawcy* (zał. 1)
- 2) Wypełniony formularz – *Druk Ofertowy* (zał. 2)
- 3) Wypełniony formularz – *Formularz Cenowy* (zał. 3)
- 4) Odpis z właściwego Rejestru.

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.

Z poważaniem:

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
z siedzibą
w Strzelcach Opolskich
Beata Czempiel

Nasz adres:

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Opolska 36 a

47-100 Strzelce Opolskie

tel. 077/461-32-91 do 5.

fax. 077/461-27-63

strona internetowa: www.szpital.strzelce-op.pl

Rozdzielnik:

- 1) Wykonawcy zaproszeni do składania ofert.
- 2) Publikacja na stronie internetowej Zamawiającego.