Augustów, dn. 19 sierpnia 2021 r.

**Zapytanie ofertowe**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie zaprasza do składania ofert na dostawę klimatyzatorów.

4.3 Kody Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):  
 39717200-3 urządzenia klimatyzacyjne, 71334000-8 mechaniczne i elektryczne usługi inżynieryjne.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ)** 1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż i uruchomienie nowych klimatyzatorów typu split i multisplit w systemie dwururowym wraz z obsługą serwisową, co 12 miesięcy, w udzielonym przez Wykonawcę 36 miesięcznym okresie gwarancji (3 przeglądów). Klimatyzatory będą montowane w obiektach SP ZOZ w Augustowie ul. Szpitalna 12   
2. Wykaz klimatyzatorów zawarty jest w formularzu cenowym stanowiącym załącznik do SIWZ.   
3. Parametry klimatyzatorów:  
 - typ split i multisplit;  
 - bez komunikacji przez internet;  
 - jednostki wewnętrzne – ścienne;   
- system obiegu czynnika chłodniczego – dwururowy;  
 - sterowanie pilotem;   
- inwerter;  
 - wyposażone w kierownice umożliwiające regulację kierunku nawiewanego powietrza w poziomie i w pionie;   
- przewody prowadzone natynkowo w listwach instalacyjnych;   
- klimatyzatory należy zasilić z tablic elektrycznych wskazanych przez Zamawiającego (Wykonawca dostarcza odpowiedni wyłącznik instalacyjny – zalecana charakterystyka C);  
 - dla wszystkich planowanych do zamontowania urządzeń należy przyjąć średnią odległość miejsca podłączenia zasilania elektroenergetycznego 15 m;   
- odprowadzenie skroplin uzgodnione zostanie indywidualnie dla każdego urządzenia;   
- klimatyzatory powinny posiadać wszelkie dopuszczenia, oznaczenie i atesty wymagane przepisami polskimi i Unii Europejskiej;  
 - w pomieszczeniach oznaczonych w formularzu ofertowym jako „techniczne” należy zastosować klimatyzatory przeznaczone do pracy całorocznej przy temperaturze zewnętrznej -10 ⁰C.   
4. Ponadto zakres zamówienia obejmuje:  
 4.1.Przeprowadzenie wymaganych prób i testów urządzeń i instalacji oraz sporządzenie protokołów; 4.2.Wykonanie trzech przeglądów zamontowanych urządzeń, co ok. 12 miesięcy w zakresie zgodnym z zaleceniami producenta;   
4.3.Realizację przez Wykonawcę wszelkich czynności dotyczących realizacji zamówienia, wynikających z obowiązujących w Polsce i Unii Europejskiej przepisów dotyczących gospodarowania gazami cieplarnianymi;  
 4.5.Przeszkolenie personelu Zamawiającego, w czasie trwania odbiorów końcowych z obsługi wszystkich urządzeń objętych przedmiotem umowy.   
5. Termin wykonania przedmiotu zamówienia – maksymalnie 75 dni od dnia podpisania umowy.   
 Dostawę i montaż klimatyzatorów, znak: 14/ZP/2021  
6. Oferta powinna być opracowana poprzez wypełnienie formularza cenowego.   
7. Głównym rodzajem zamówienia jest dostawa.

**Przed przystąpieniem do złożenia oferty Zamawiający żąda wykonania wizji lokalnej w celu ustalenia wielkości jednostki w pomieszczeniach.**

Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie do dnia 30 sierpnia 2021 r. do godziny 10:00 na adres poczty elektronicznej : zp@spzoz.augustow.pl

*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego:*

. . . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa i Adres Oferenta

Nazwa . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

NIP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w zapytaniu ofertowym na dostawę 22 klimatyzatorów oferuję następującą cenę:

Cena netto - ……………………………………………………………………. zł

Cena brutto - ………………………………………………………………….. zł

* 1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
  2. Oświadczam, że oferta jest ważna przez 30 dni od daty złożenia.

………………….......................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki

Załącznik nr 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Pomieszczenie** | **Oddział** | **Piętro** | **Ilość szt** |
| 1 | Pokój lekarski | Poradnia chirurgiczna | Parter | 1 |
| 2 | Pokój lekarski | SOR | Wysoki parter | 1 |
| 3 | Pokój lekarski | OIT | Wysoki parter | 1 |
| 4 | Pokój lekarski | Ortopedia | 1 piętro | 1 |
| 5 | Pokój lekarski | Chirurgia | 2 piętro | 1 |
| 6 | Pracownia endoskopii | Chirurgia | 2 piętro | 1 |
| 7 | Pokój lekarski | Położniczy | 3 piętro | 1 |
| 8 | Opisowania rtg | RTG | 1 piętro | 1 |
| 9 | Pomieszczenie serwera rtg | RTG | 1 piętro | 2 |
| 10 | Pracownia USG | USG | 1 piętro | 1 |
| 11 | Pokój lekarski | Oddział dziecięcy | 1 piętro | 1 |
| 12 | Pokój pielęgniarek | Oddział dziecięcy | 1 piętro | 1 |
| 13 | Pokój lekarski | Oddział wewnętrzny żeński | 2 piętro | 1 |
| 14 | Pokój ordynatora | Oddział wewnętrzny żeński | 2 piętro | 1 |
| 15 | Dyżurka pielęgniarska | Oddział wewnętrzny żeński | 2 piętro | 1 |
| 16 | Pracownia endoskopii | Oddział wewnętrzny żeński | 2 piętro | 1 |
| 17 | Pomieszczenia | Oddział wewnętrzny męski | 3 piętro | 5 |
|  |  |  | **Razem** | **22** |