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**  |