



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Kup, dn. 6 sierpnia 2015r.

Szpital Pulmonologiczno-
Reumatologiczny w Kup
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup
tel. 77/403-28-50
fax. 77/403-28-53

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
ul. Namysłowska 22
46-034 Pokój
tel. 77/406-54-50
fax. 77/406-54-61



Zapytanie ofertowe

o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych
równowartości kwoty 30 000 euro

W imieniu Zamawiającego, Stobrawskiego Centrum Medycznego z siedzibą w Kup
zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie **dostawę tlenu
medycznego ciekłego wraz z dzierżawą zbiornika tlenowego oraz dostawa tlenu
medycznego sprężonego wraz z dzierżawą butli tlenowych.**

1. Przedmiotem zamówienia jest:

1.1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa do siedziby zamawiającego
tlenu medycznego ciekłego w ilości ok. **30 ton w okresie trwania umowy** wraz
z dostawą, instalacją i dzierżawą zbiornika na tlen medyczny ciekły
o pojemności 3000 dm³ oraz dzierżawa **6 szt. butli tlenowych o poj. 40 litrów,
4 szt. aluminiowych butli tlenowych o poj. 10 litrów oraz 2 szt. butli
tlenowych o poj. 2 litrów wraz z uzupełnianiem w tlen medyczny sprężony
w zależności od potrzeb.**

1.2. Ilości tlenu medycznego podane w formularzu cenowym (załącznik nr 2 do nin.
zapytania) przyjęte zostały na podstawie planowanego zużycia w okresie ostatnich
12 miesięcy, mogą one ulec zmianie w trakcie obowiązywania umowy.

1.3. Zamawiający zapłaci Wykonawcy za rzeczywistą ilość dostarczonego tlenu
medycznego ciekłego.

1.4. W ramach zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie do:

1.4.1. Przedłożenia warunków eksploatacji urządzeń ciśnieniowych oraz praw
i obowiązków stron umowy w tym zakresie,

1.4.2. Przeszkolenia pracowników wskazanych przez Zamawiającego w zakresie
używania i przechowywania zbiornika,

1.4.3. Zapewnienia nadzoru technicznego w zakresie przeprowadzania okresowych
kontroli stanu technicznego zbiornika oraz jego konserwacji,

1.4.4. Dokonywania na własny koszt napraw lub wymiany uszkodzonego zbiornika
i osprzętu, wynikających z technicznego zużycia.

1.4.5. Utrzymywania, na własny koszt, w należyтым stanie technicznym
i w należytej czystości zbiornika tlenowego.



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup
tel. 77/403-28-50
fax. 77/403-28-53

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
ul. Namysłowska 22
46-034 Pokój
tel. 77/406-54-50
fax. 77/406-54-61



- 1.5. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
- 1.6. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, wynikając z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/faxem zgłoszeniu.
- 1.7. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy w ciągu **2 dni roboczych** od momentu zgłoszenia zamówienia w godzinach **od 8:00 do 14:00**.
2. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
3. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.
4. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → ***zapytania ofertowe***.
5. Termin realizacji – **od dnia 1 września 2015r. do dnia 31 sierpnia 2016r.**
6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
7. Informacje dodatkowe:
 2. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: Osoby uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
 - a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Renata Wieczorek**, tel. 77 40 32 869,
 - b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 77 40 32 860, 501 103 989,
- 7.6. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- 7.7. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **11 sierpnia 2015r. do godz. 11:00**, w siedzibie zamawiającego budynek główny Szpitala, parter, Dział zamówień publicznych i zakupów - pokój nr 26 lub przesłać faksem nr **77 427-47-84** bądź na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu
- 7.8. Wykonawcy zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 17 sierpnia 2015r.
- 7.9. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

**KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**
[Podpis]
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz OFERTA,
2. Formularz cenowy,
3. Projekt umowy.