



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. 10 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 sukcesywnej dostawy
**środków dezynfekcyjnych, myjących oraz artykułów do utrzymania czystości
w zestawach od 1 do 5 na potrzeby SCM Sp. z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest:

1.1. Sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego – (wraz z transportem
i rozładunkiem w magazynie Zamawiającego) towarów tj. środków
dezynfekcyjnych, myjących oraz art. do utrzymania czystości, wymienionych
asortymentowo i ilościowo w **formularzu cenowym** stanowiącym **załącznik nr 2
do zapytania**.

1.2. Ilości towarów, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres
dostaw w okresie **12 miesięcy** od daty podpisania umowy – mają charakter
orientacyjny i będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku
oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umownej.

1.3. Rzeczywista ilość towarów, zlecona do dostawy w ww. okresie może różnić się od
ilości określonych w formularzu cenowym. Zamawiający zapłaci za ilości
rzeczywiście zamówionych i dostarczonych towarów, przy zastosowaniu cen
jednostkowych określonych w ofercie – formularzu cenowym.

1.4. Oferowane towary, winny posiadać dopuszczenie do stosowania w zakładach
opieki zdrowotnej.

1.5. Zamawiający, w celu zweryfikowania zgodności z opisem przedmiotu zamówienia
zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawcy do przedstawienia:

1.6.1. próbek oferowanych produktów,

1.6.2. Karty charakterystyki preparatu niebezpiecznego dla produktu, dla którego
wymagana jest karta,

1.6.3. Karty technicznej produktu, dla którego wymagana jest karta techniczna.

1.7. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, w pozycjach
asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po
uprzednim telefonicznym / faxem zgłoszeniu.

1.8. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy
i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy.
Zamawiający oczekuje dostaw poszczególnych partii towarów, w zależności od
potrzeb, do lokalizacji w:

1.8.1. **Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup,
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup,**

1.8.2. **Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Suchym Borze,
ul. Pawlety 1a, Suchy Bór, 46-053 Chrzastowice.**

1.9. Dostawy partii przedmiotu zamówienia winny odbywać się **w ciągu 3 dni
roboczych od momentu zgłoszenia** zamówienia w godzinach od **8:00 do 14:00**.

1.10. Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert częściowych.



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



2. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
3. Formularz cenowy wraz z szczegółowym opisem produktów stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
4. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
5. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → ***zapytania ofertowe***.
6. Termin realizacji – **w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy**.
7. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
8. Informacje dodatkowe:
 - 8.1. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
– **Beata Denisiewicz**, tel. **77 403 28 65**, kom. **501 103 991**.
 - 8.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 8.3. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **17 sierpnia 2015r. do godz. 13:00**, 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
 - 8.4. Wykonawcy zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 20 sierpnia 2015r.
 - 8.5. 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
ZAMOWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**
[Podpis]
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

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