



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. 16 kwietnia 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, SP Zespołu Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie dostawy **leków do apteki szpitalnej w pozycjach od 1 do 16.**

1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego – APTEKA - (wraz z transportem i rozładunkiem w magazynie) leków wymienionych w formularzu cenowym.
  - 1.1. Ilości leków, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres dostaw w okresie **12 miesięcy od daty podpisania umowy** – mają charakter orientacyjny – stanowią ilości szacunkowe a faktyczna ilość i zakres dostaw wynikać będzie z bieżących potrzeb Zamawiającego, określonych w przesyłanych Wykonawcy zamówieniach. Podane w formularzu cenowym orientacyjne ilości leków będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej ceny umownej.
  - 1.2. Rzeczywista ilość leków, zlecona do dostawy w ww. okresie może różnić się od ilości określonych w formularzu cenowym. Zamawiający zapłaci za ilości rzeczywiście zamówionych i dostarczonych leków, przy zastosowaniu cen jednostkowych określonych w ofercie – formularzu cenowym.
  - 1.3. Oferowane leki muszą posiadać świadectwo rejestracji lub inny dokument dopuszczający do stosowania w Polsce – zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, które należy przedstawić na każde wezwanie Zamawiającego.
  - 1.4. Zamawiający dopuszcza składanie ofert **RÓWNOWAŻNYCH** – synonimów danych pozycji asortymentowych w formularzu cenowym, z warunkiem gwarancji tego samego składu chemicznego, właściwości, tej samej postaci i dawki (jednakowe wskazania do podania leku) – należy to udokumentować na każde żądanie Zamawiającego. W przypadku składania ofert równoważnych należy podać oferowaną, odpowiednią nazwę leku.





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 dopuszcza wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana, ilość opakowań należy odpowiednio przeliczyć tak, aby liczba sztuk była zgodna z opisem w formularzu cenowym z możliwością zaokrąglenia w górę do pełnego opakowania
2. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – formularz cenowy - 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](http://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. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert. Osoby uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:  
a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Ewa Filip**, tel. 77 40 32 840,  
b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 77 40 32 860, 501 103 989,
9. **Oferty** należy złożyć do dnia **22 kwietnia 2015r. do godz. 12:00**, w siedzibie zamawiającego budynek główny Szpitala, parter, pokój nr 26 lub przesłać faksem nr 77 403 28 60 bądź na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)
10. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 24 kwietnia 2015r.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert.

**KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**  
*mgr Ewa Jonienc*

Załącznik:

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