



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. 27 maja 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, Stobrowskiego Centrum Medycznego z siedzibą w Kup
zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie sukcesywnej dostawy
opatrunków 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 sprzętu medycznego) towarów wymienionych 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 produkty stanowiące przedmiot zamówienia winny być dopuszczone do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych co oznacza, że winno zostać dokonane Zgłoszenie/Powiadomienie/Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych dla każdej zaoferowanej pozycji asortymentowej będącej wyrobem medycznym, a tym samym Wykonawca winien dysponować formularzami Zgłoszenia/Powiadomienia/ Wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych potwierdzającymi ten fakt.
 - 1.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawcy do przedstawienia próbek oferowanych produktów w celu zweryfikowania zgodności z opisem przedmiotu zamówienia.
 - 1.6. Wymaga się opisu na opakowaniach indywidualnych: data produkcji, data ważności, nr. serii, pojemność, długość, rozmiar itp. Opisy w języku polskim.
 - 1.7. Zamawiający **nie dopuszcza** składanie ofert częściowych w zakresie poszczególnych zestawów.

[Handwritten signature]

*dn. 24.05.2015r.
- opublikowano na stronie internetowej
- informacje na temat oferty*

[Handwritten signature]



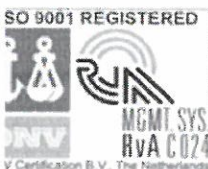
SCM sp. z o. o.

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



- 1.8. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/faxem zgłoszeniu.
- 1.9. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy.
- 1.10. Dostawy partii przedmiotu zamówienia winny odbywać się **w ciągu 3 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. 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:
– **Ewa Filip**, tel. **77 403 28 40**, **Teresa Lisek**, tel. **77 403 28 64**
 - 8.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 8.3. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **2 czerwca 2015r. do godz. 15:00**, 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 10 czerwca 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
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**
[Podpis]
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz OFERTA
2. Parametry techniczne sprzętu
3. Projekt umowy.