



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. 31 marca 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 sprzętu medycznego:

- **Zestaw do laseroterapii biostymulacyjnej w ilości 1 zestaw**
- **Aparat do terapii ultradźwiękowej w ilości 1 szt.**
- **Aparat do elektroterapii w ilości 1 szt.**
- **Wózko – wanna w ilości 1 szt.**

1. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
2. Opis minimalnych parametrów technicznych stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zapytania.
3. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych na poszczególne pozycje.
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 nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 maja 2015r.**
7. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
8. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert. Osoby uprawnione do kontaktu ze strony Zamawiającego:
  - **Jacek Łuniewski**, tel. 606 943 307
  - **Wioletta Selwet**, tel. 691 177 964
9. **Oferty należy złożyć do dnia 8 kwietnia 2015r. do godz. 15:00**, 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 15 kwietnia 2015r.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert.

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

**Załącznik:**

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