



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup

ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel. 77/403-28-50; fax. 77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Kup, dn. 1 lipca 2016r.

Szpital Pulmonologiczno
Reumatologiczny w Kup
tel. 77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel. 77/406-54-50

Środek Rehabilitacji
Jeczniczej w Suchym Borze
tel/fax 77/427-07-75

Ambulatorium
w Chrościcach (POZ)
tel/fax 77/469-52-35



Zapytanie ofertowe

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

W imieniu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup
zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie sukcesywnej
**dostawy wyrobów medycznych i art. jednorazowego użytku na potrzeby SCM Sp.
z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyrobów medycznych i art. jednorazowego użytku.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. W ofercie należy podać gwarancję stałości ceny oraz termin płatności za dostarczoną partię towaru.
4. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
5. Formularz cenowy stanowi **załączniki nr 2.1.; 2.2.; 2.3.; 2.4 (zestawy 1-4)** do niniejszego zapytania.
6. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotowych dostaw stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
7. Termin realizacji zamówienia - w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy.
8. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **wartość oferty = 100%**.
9. Informacje dodatkowe:
 - 8.1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych w zakresie poszczególnych zestawów. W zakresie zestawu **nr 4** Zamawiający **dopuszcza** składanie ofert częściowych **dla każdej pozycji z osobna.**
 - 8.2. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
 - 8.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 8.4. Osoby uprawnione do kontaktu ze strony Zamawiającego w zakresie przedmiotu zamówienia: **Barbara Rzeźniczek-Byrska**, tel. 77 40 32 869,
e-mail: apteka@szpital-kup.eu
 - 8.5. Oferty należy złożyć do dnia **8 lipca 2016r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego **SEKRETARIAT**, lub przesłać na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu wraz z formularzem cenowym zgodnym z wzorem stanowiącym **załączniki nr 2.1.; 2.2.; 2.3.; 2.4** do niniejszego zapytania.
 - 8.6. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce **przetargi i konkursy** → **zapytania ofertowe.**
 - 8.7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 12 lipca 2016r.
 - 8.8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

Załączniki:

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

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