



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. 12 sierpnia 2016r.

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

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

Ośrodek Rehabilitacji  
Jęczniczej w Suchym Borze  
tel/fax 77/427-07-75

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



## Zapytanie ofertowe

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

W imieniu Stobrowskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup  
zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie sukcesywnej  
**dostawy tlenu medycznego ciekłego wraz z dzierżawą zbiornika tlenowego oraz  
dostawa tlenu medycznego sprężonego wraz z dzierżawą butli tlenowych.**

1. Przedmiotem zamówienia jest:

1.1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa do siedziby zamawiającego  
tlenu medycznego ciekłego w ilości ok. **32 ton w okresie trwania umowy** wraz  
z dostawą, instalacją i dzierżawą zbiornika na tlen medyczny ciekły  
o pojemności 3000 dm<sup>3</sup> oraz dzierżawą **6 szt. butli tlenowych o poj. 40 litrów,  
4 szt. aluminiowych butli tlenowych o poj. 10 litrów oraz 2 szt. butli  
tlenowych o poj. 2 litrów wraz z uzupełnianiem w tlen medyczny sprężony  
w zależności od potrzeb.**

1.2. Ilości tlenu medycznego podane w formularzu cenowym (załącznik nr 2 do nin.  
zapytania) przyjęte zostały na podstawie planowanego zużycia w okresie ostatnich  
12 miesięcy, mogą one ulec zmianie w trakcie obowiązywania umowy.

1.3. Zamawiający zapłaci Wykonawcy za rzeczywistą ilość dostarczonego tlenu  
medycznego ciekłego.

1.4. W ramach zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie do:

1.4.1. Przedłożenia warunków eksploatacji urządzeń ciśnieniowych oraz praw  
i obowiązków stron umowy w tym zakresie,

1.4.2. Przeszkolenia pracowników wskazanych przez Zamawiającego w zakresie  
używania i przechowywania zbiornika,

1.4.3. Zapewnienia nadzoru technicznego w zakresie przeprowadzania okresowych  
kontroli stanu technicznego zbiornika oraz jego konserwacji,

1.4.4. Dokonywania na własny koszt napraw lub wymiany uszkodzonego zbiornika  
i osprzętu, wynikających z technicznego zużycia.

1.4.5. Utrzymywania, na własny koszt, w należyтым stanie technicznym  
i w należytej czystości zbiornika tlenowego: **zabezpieczenie zaworów i  
mycie zbiornika co najmniej jeden raz w roku.**



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

Szpital Pulmonologiczno  
Reumatologiczny w Kup  
tel. 77 403-28-50Szpital Rehabilitacyjny  
w Pokoju  
Tel. 77/406-54-50Środek Rehabilitacji  
Jęczniczej w Suchym Borze  
tel/fax 77/427-07-75Ambulatorium  
w Chrościcach (POZ)  
tel/fax 77/469-52-35

- 1.5. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
- 1.6. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, wynikając z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/faxem zgłoszeniu.
- 1.7. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy w ciągu **2 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. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.
4. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
5. Termin realizacji – **od dnia 1 września 2016r. do dnia 31 sierpnia 2017r.**
6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.

**7. Informacje dodatkowe:**

- 7.1. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
- 7.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- 7.3. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
  - a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Renata Wieczorek**, tel. 77 40 32 869,
  - b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 501 103 989,
- 7.4. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **19 sierpnia 2016r. do godz. 11:00**, 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](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)
- 7.5. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 30 sierpnia 2016r.
- 7.6. 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**  
*Ewa Jonienc*  
**mgr Ewa Jonienc**

**Załącznik:**

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