



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. 14 września 2016r.

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

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

Ośrodek Rehabilitacji
Leczniczej 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 **środków
dezynfekcyjnych, myjących oraz artykułów do utrzymania czystości
w zestawach od 1 do 5 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 Zamawiającego) towarów tj. środków dezynfekcyjnych, myjących oraz art. do utrzymania czystości, wymienionych asortymentowo i ilościowo 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 towary, winny posiadać dopuszczenie do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej.
 - 1.5. Zamawiający, w celu zweryfikowania zgodności z opisem przedmiotu zamówienia zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawcy do przedstawienia:
 - 1.5.1. próbek oferowanych produktów,
 - 1.5.2. Karty charakterystyki preparatu niebezpiecznego dla produktu, dla którego wymagana jest karta,
 - 1.5.3. Karty technicznej produktu, dla którego wymagana jest karta techniczna.
 - 1.6. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/faxem zgłoszeniu.
 - 1.7. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający oczekuje dostaw poszczególnych partii towarów, w zależności od potrzeb, do lokalizacji w:
 - 1.7.1. **Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup,
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup,**
 - 1.7.2. **Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej w Suchym Borze,
ul. Pawlety 1a, Suchy Bór, 46-053 Chrzastowice.**



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.77 403-28-50

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

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

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



- 1.8. Dostawy partii przedmiotu zamówienia winny odbywać się **w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia** zamówienia w godzinach od **8:00** do **14:00**.
- 1.9. Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert częściowych.
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. Termin realizacji – **w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy**.
6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
7. Informacje dodatkowe:
 - 7.1. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
 - 7.2. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: **Beata Denisiewicz**, tel. **77 403 28 65**, kom. **501 103 991**.
 - 7.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 7.4. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **19 września 2016r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego, budynek administracji Dział Zamówień Publicznych i Zakupów, przesłać na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu
 - 7.5. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
 - 7.6. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 21 września 2016r.
 - 7.7. 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
mgr Ewa Jonienc

Załączniki:

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