



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. 25 maja 2016r.

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

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

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

Ambulatorium  
w Chrząstach (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 opatrunków do apteki szpitalnej na potrzeby SCM Sp. z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków do apteki szpitalnej.
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 **załącznik nr 2** 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 nie dopuszcza składania ofert częściowych. Należy złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji wymienionych w formularzu cenowym.
  - 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: **Ewa Filip**, tel. 77 40 32 840,  
e-mail: [apteka@szpital-kup.eu](mailto:apteka@szpital-kup.eu)
  - 8.5. Oferty należy złożyć do dnia **6 czerwca 2016r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego **SEKRETARIAT**, lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu) wraz z formularzem cenowym zgodnym z wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
  - 8.6. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce **przetargi i konkursy** → **zapytania ofertowe**.
  - 8.7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 10 czerwca 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**  
*Ewa Filip*  
**mgr Ewa Jonienc**