

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ SZPITALI  
PULMONOLOGICZNO-REUMATOLOGICZNYCH z siedzibą w Kup**

Kup, dn. 22 sierpnia 2013r.



**Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup**  
ul. Karola Mierki 14  
46-062 Kup  
tel. 77 403-20-50  
fax. 77 403-20-53  
[www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu)  
[sekretariat@szpital-kup.eu](mailto:sekretariat@szpital-kup.eu)

KRS: 0000027039  
REGON: 530938517  
NIP: 991-00-60-280

**Szpital Rehabilitacyjno-Reumatologiczny w Pokoju**  
ul. Namysłowska 22  
46-034 Pokój  
tel. 77 406-54-50  
fax. 77 406-54-61  
[rehabilitacja.pokoj@szpital-kup.eu](mailto:rehabilitacja.pokoj@szpital-kup.eu)



ISO 9001 REGISTERED



Only Certification B.V., The Netherlands



**Zapytanie ofertowe**

o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych  
równowartości kwoty 14 000 euro

W imieniu Zamawiającego, SP Zespołu Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie sukcesywnej dostawy obuwia medycznego dla pracowników Zespołu Szpitali - zgodnie z opisem.

**1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:**

- 1.1. Wkładka i cholewka (wierzch) z naturalnej skóry, kolor biały,
- 1.2. Obuwie typu saboty - klapki z zabudowanym przodem (zamknięte palce), z profilem ortopedycznym, perforowany wierzch, pasek do regulacji tęgości, pasek na piętę, szyte **nieklejone**,
- 1.3. Spód - PU (poliuretan), antypoślizgowy
- 1.4. Obuwie damskie - dwa wzory tj. o dwóch wysokościach podeszwy pod piętą: około 2 i około 4 cm,
- 1.5. Obuwie męskie - wysokość podeszwy: 2-3 cm,
- 1.6. Dostępne rozmiary damskie: 34 - 42,
- 1.7. Dostępne rozmiary męskie: 42 - 46,
- 1.8. Okres gwarancji na oferowany asortyment min. 24 miesiące od daty dostawy,
- 1.9. Czas skutecznej naprawy lub wymiany na wolny od wad -7 dni od zgłoszenia,
- 1.10. W przypadku wybrania oferty, przed złożeniem zamówienia dostarczenie zamawiającemu po 1 parze każdego rozmiaru w poszczególnych pozycjach asortymentu, w celu umożliwienia Zamawiającemu określenia wielkości zamówienia w poszczególnym asortymencie i rozmiarach,
- 1.11. Oferowany asortyment winien spełniać wymogi PN-EN 347 lub równoważne.

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ SZPITALI  
PULMONOLOGICZNO-REUMATOLOGICZNYCH z siedzibą w Kup**



**Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup**  
ul. Karola Miarki 14  
46-062 Kup  
tel. 77 403 28 50  
fax. 77 403 28 51  
[www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu)  
[sekretariat@szpital-kup.eu](mailto:sekretariat@szpital-kup.eu)

KRS: 0000027039  
REGON: 530938517  
NIP: 991.00.60-280

**Szpital Rehabilitacyjno-Reumatologiczny w Pokoju**  
ul. Namysłowska 22  
46-034 Pokój  
tel. 77 406 54 50  
fax. 77 406 54 61  
[rehabilitacja.pokoj@szpital-kup.eu](mailto:rehabilitacja.pokoj@szpital-kup.eu)



ISO 9001 REGISTERED



2. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotowych dostaw stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
3. Termin realizacji zamówienia – dostawa obuwia w dwóch częściach:
  - a. Część I do 25 października 2013r.
  - b. Część II do 23 grudnia 2013r.
4. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
5. Informacje dodatkowe:
  - a. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących oferty.
  - b. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego, kierując je na piśmie, faksem bądź na adres e-mail - wskazane w pkt. 6.
  - c. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: Teresa Lisek tel. 77 403 28 64, kom. 508-158-151.
  - d. Adres strony internetowej na której będą dostępne formularze: [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), zakładka: **przetargi i konkursy → zapytania ofertowe**
6. Oferty należy złożyć do dnia **4 września 2013r. do godz. 12:00**, 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) na formularzu oferty zgodnym z wzorem stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia **12 września 2013r.**
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert.

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

**Załączniki:**

1. Formularz oferty
2. Projekt umowy

Dyrektor: mgr inż. Mirosław Wójcik  
Z-ca Dyr. ds. Lecznictwa: dr n. med. Andrzej Bunio  
Z-ca Dyr. ds. Finansowych: mgr Magdalena Solecka