

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

Kup, dn. 19 kwietnia 2013r.



Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup
tel. 77 403 28 50
fax. 77 403 28 53
www.szpital-kup.eu
sekretariat@szpital-kup.eu

KRS: 000027039
REGON: 330938517
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-pokoju@szpital-kup.eu



ISO 9001 REGISTERED



DNV 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 w zakresie świadczenia usług pocztowych.

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług pocztowych w obrocie krajowym dotyczących przesyłek listowych oraz paczek, zgodnie z szacunkowymi ilościami wskazanymi w Załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego. Zamawiający zastrzega, że ilości poszczególnych rodzajów przesyłek wskazanych w Załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego są ilościami szacunkowymi i służą jedynie dokonaniu wyboru oferty najkorzystniejszej w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
2. Świadczenie usługi będzie odbywało się zgodnie z Regulaminem świadczenia usług Wykonawcy, zamieszczonym na stronie internetowej Wykonawcy, wskazanej w treści oferty.
3. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą odbywać się będą na podstawie faktur za zakupione przez Zamawiającego znaki opłaty pocztowej. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktur za zakup znaków opłaty pocztowej płatnych przelewem, z terminem płatności min. 14 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.
4. Zasięg terytorialny działania Wykonawcy w zakresie przedmiotu zamówienia winien obejmować całą Polskę.
5. Wykonawca musi posiadać punkt pocztowy, w którym możliwe będzie nadawanie przez Zamawiającego przesyłek pocztowych, znajdujący się w odległości nie większej niż 5 km od siedziby Zamawiającego.
6. **Termin realizacji zamówienia – od dnia 2 maja 2013r. do dnia 30 kwietnia 2014r.**
 1. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
 2. Zamawiający może zwrócić się do Oferentów z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących oferty. Osoba uprawniona do kontaktu – Beata Duda tel. 77 403-28-50.
 3. Oferty należy złożyć do dnia **29 kwietnia 2013r. do godz. 10:00**, 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
 4. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 30 kwietnia 2013r.

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

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