



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. 7 września 2017r.

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

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

Ambulatorium  
w Chrościcach (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 leków do apteki szpitalnej.**

1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa leków do apteki szpitalnej.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. Ilości leków, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres  
dostaw w okresie **8 miesięcy od daty podpisania umowy** – mają charakter  
orientacyjny – stanowią ilości szacunkowe a faktyczna ilość i zakres dostaw  
wynikać będzie z bieżących potrzeb Zamawiającego, określonych w przesyłanych  
Wykonawcy zamówieniach. Podane w formularzu cenowym orientacyjne ilości  
leków będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty  
najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umowy.
4. Rzeczywista ilość leków, zlecona do dostawy w ww. okresie może różnić się od ilości  
określonych w formularzu cenowym. Zamawiający zapłaci za ilości rzeczywiście  
zamówionych i dostarczonych leków, przy zastosowaniu cen jednostkowych  
określonych w ofercie – formularzu cenowym.
5. Oferowane leki muszą posiadać świadectwo rejestracji lub inny dokument  
dopuszczający do stosowania na terenie Polski – zgodnie z aktualnie  
obowiązującymi przepisami prawa, które należy przedstawić na każde wezwanie  
Zamawiającego.
6. Wskazania terapeutyczne leku według Charakterystyki Produktu Leczniczego  
powinny być zgodne z charakterystyką produktu leczniczego dla odpowiedniego  
leku referencyjnego (oryginalnego).
7. Dostawa leków zamówionych w dni powszednie powinna nastąpić nie później niż w  
ciągu **24 godziny** od momentu złożenia zamówienia. Zamówienie złożone przed  
dniem wolnym od pracy powinno być dostarczone w najbliższy dzień roboczy do  
godziny 9:00. Dostawy planowe winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) w  
**godzinach od 7:30 do 14:00.**
8. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
9. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.





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

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



10. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
11. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.
12. Termin realizacji – **w terminie 8 miesięcy od dnia podpisania umowy.**
13. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%.**
14. Informacje dodatkowe:
  - 14.1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Należy złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji wymienionych w formularzu cenowym.
  - 14.2. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
  - 14.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
  - 14.4. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
    - a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Ewa Filip**, tel. 77 40 32 840,
    - b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 501 103 989,
  - 14.5. Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu) - w terminie do dnia **13 września 2017r.**, do godziny **14<sup>00</sup>**
  - 14.6. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
  - 14.7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 15 września 2017r.
  - 14.8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

**KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**

*mgn Ewa Jonienc*

### Załącznik:

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