



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 2017r.

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

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/403-54-50

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 wyrobów medycznych i art. jednorazowego użytku na potrzeby SCM Sp.
z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa wyrobów medycznych i art. jednorazowego użytku.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. Ilości towarów, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres dostaw w okresie **10 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 towarów będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umowy.
4. 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.
5. Oferowane produkty stanowiące przedmiot zamówienia winny być dopuszczone do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych co oznacza, że winno zostać dokonane Zgłoszenie/Powiadomienie/Wpis do Rejestru Produktów Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dla każdej zaoferowanej pozycji asortymentowej będącej wyrobem medycznym, a tym samym Wykonawca winien dysponować formularzami Zgłoszenia/Powiadomienia/ Wpisu do Produktów Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych potwierdzającymi ten fakt.
6. Wymaga się opisu na opakowaniach indywidualnych: data produkcji, data ważności, nr. serii, pojemność, długość, rozmiar itp. Opisy w języku polskim.
7. Dostawy przedmiotu zamówienia odbywać się będą sukcesywnie, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim mailowym/faxem zgłoszeniu zamówienia. Powinny odbywać się **w dni robocze**, w godzinach od **7:30 do 14:00. W terminie do 4 dni od momentu zgłoszenia** zamówienia. Dostawy winny odbywać się transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy.
8. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych w zakresie zestawu nr 1, 2 i każdej pozycji z osobna zestawu nr 3.
9. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
10. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** 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



11. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.
12. Termin realizacji – **w terminie 10 miesięcy od dnia podpisania umowy.**
13. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%.**
14. Informacje dodatkowe:
 - 14.1. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych. Można złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji zestawu 1 i/lub 2 oraz w zakresie każdej pozycji z osobna zestawu nr 3.
 - 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: **Agnieszka Sieczka**, tel. 77 40 32 869,
 - 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 - w terminie do dnia **22 września 2017r.**, do godziny **14⁰⁰**
 - 14.6. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
 - 14.7. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 26 września 2017r.
 - 14.8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyn a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

**KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW**
Ewa Jonienc
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

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