



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. 10 maja 2017r.

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

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

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

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

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa opatrunków do apteki szpitalnej.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Należy złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji wymienionych w formularzu cenowym.
4. W ofercie należy podać gwarancję stałości ceny oraz termin płatności za dostarczoną partię towaru.
5. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
6. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
7. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotowych dostaw stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
8. **Termin realizacji - w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
9. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **wartość oferty = 100%**.
10. Informacje dodatkowe:
 - 10.1. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
 - 10.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 10.3. Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego jest **Ewa Filip**, tel. 77 40 32 840, e-mail: apteka@szpital-kup.eu
 - 10.4. 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 **26 maja 2017r.**, do godziny **14⁰⁰**
 - 10.5. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce **przetargi i konkursy → zapytania ofertowe**
 - 10.6. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 2 czerwca 2017r.
 - 10.7. 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**
[Podpis]
mgr Ewa Jonienc

Załączniki:

1. Formularz oferty
2. Formularz cenowy
3. Projekt umowy