



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. 20 października 2017r.

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

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

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 w zakresie **dostawy komputerów stacjonarnych**.

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa 16 zestawów komputerowych, stacjonarnych**, składających się ze stacji dysków, monitora i systemu operacyjnego WINDOWS 10.
2. Minimalne parametry techniczne:
 - 2.1. Procesor - Minimum Intel Celeron G530 2,4GHz (ilość rdzeni 2),
 - 2.2. Pamięć operacyjna - Minimum 8 GB DDR3,
 - 2.3. Dysk twardy - Minimum 120GB SSD,
 - 2.4. Napęd - DVD-RW,
 - 2.5. System operacyjny - Windows 10 Pro PL,
 - 2.6. Porty - Minimum 6x USB, 1x D-Sub,
 - 2.7. Obudowa - Desktop lub tower,
 - 2.8. Gwarancja - Minimum 24 miesiące,
 - 2.9. Inne - Zintegrowane na płycie głównej: karta graficzna, karta dźwiękowa, karta sieciowa,
 - 2.10. Monitor - Przekątna minimum 19,5", TFT-LCD, format obrazu 16:9 rozdzielczość 1600x900 przy 60Hz, czas reakcji 5ms, jasność 200cd/m³, współczynnik kontrastu 600:1, Rozmiar plamki 0,26 x 0,26 mm, wyjście VGA, Częstotliwość odświeżania 30-83 kHz (poz.) / 56-75 Hz (pion), EnergyStar 6.0, RoHS.
3. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
4. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zapytania.
5. Podstawą do wystawienia faktury przez Wykonawcę będzie stanowił protokół odbioru dostawy urządzenia, podpisany przez upoważnionych przedstawicieli stron.
6. Termin dostawy zestawów – **w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy**.
7. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.



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

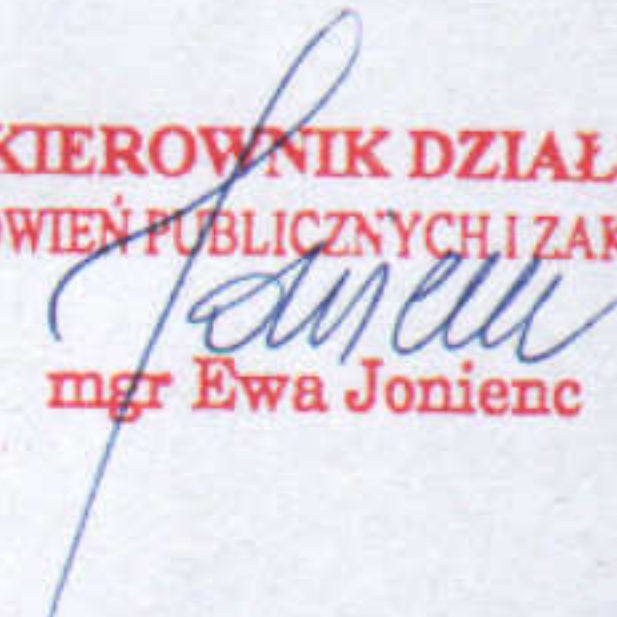
Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

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



8. Informacje dodatkowe:

- a) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Należy złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji wymienionych w formularzu cenowym.
- b) Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
- c) Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- d) Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego – **Michał Dańkowski**, tel. 501-103-910,
- e) 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 **6 listopada 2017r.**, do godziny **15⁰⁰**
- f) Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
- g) Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 9 listopada 2017r.
- h) 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**

mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz oferty
2. Projekt umowy