



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. 30 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 Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup zwracam
się z prośbą o przedstawienie oferty w zakresie **dostawy serwera**.

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa kompletnego, złożonego serwera **Lenovo SYSTEM X3650 M5**
2. Minimalne parametry techniczne serwera:
 - 2.1. Procesor: 1 x 8-Core Intel Xeon E5-2620v4 2.1 GHz 20MB cache.
 - 2.2. Pamięć: 2x16GB TruDDR4 Memory PC4-19200 CL17 2400MHz LP RDIMM.
 - 2.3. Dyski: 6x 600 GB SAS 12Gbps 10k obr/min 2,5 Hot Plug.
 - 2.4. Kontroler ServeRAID M5210 z Raid 0,1,10.
 - 2.5. Minimum 2 zasilacze 550W.
 - 2.6. Minimum 4 Porty 1GbE.
 - 2.7. System operacyjny: Windows Server 2012 R2 Standard ROK (2CPU/2VMs) – MultiLang.
 - 2.8. **Gwarancja producenta: minimum 36 miesięcy.**
 - 2.9. Szyny montażowe do szaf rack 19"
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 realizacji – **w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy.**
7. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%.**
8. Informacje dodatkowe:
 - a) Wraz z wypełnionym formularzem oferty, należy złożyć dokument: zestawienie parametrów technicznych proponowanego urządzenia.
 - b) Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.



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

- 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**
[Signature]
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz oferty
2. Projekt umowy