



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. 31 stycznia 2017r.

## 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 **sukcesywnych  
dostaw naczyń i pojemników jednorazowego użytku.**

1. Przedmiotem zamówienia jest:

- 1.1. Sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego – (wraz z transportem i rozładunkiem w magazynie Zamawiającego) towarów tj. naczyń i pojemników jednorazowego użytku, wymienionych i opisanych asortymentowo i ilościowo w **formularzu cenowym** stanowiącym **załącznik nr 2 do zapytania**.
- 1.2. Ilości towarów, podane w formularzu oferty, stanowiące przewidywany zakres dostaw w okresie **12 miesięcy** od daty podpisania umowy – mają charakter orientacyjny i będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umownej.
- 1.3. 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.
- 1.4. Oferowane towary - pojemniki jednorazowego użytku, winny być styropianowe do transportu posiłków, do serwowania porcji na wynos: zupy, II dania, śniadania i kolacje. wytrzymałe, utrzymujące właściwą temperaturę dań, odporne na zgniecenia.
- 1.5. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/mailowym zgłoszeniu.
- 1.6. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający oczekuje dostaw poszczególnych partii towarów do lokalizacji w:

**Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup,**

**ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup**

- 1.7. Dostawy partii przedmiotu zamówienia winny odbywać się **w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia** zamówienia w godzinach od **8:00 do 14:00.**

Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

KRS: 0000514922 NIP: 9910498289 REGON: 530938517

Wysokość kapitału zakładowego: 11 500 000 PLN ( w pełni wpłaconego )

Numer Rachunku Bankowego: 67 1540 1229 2001 4603 4005 0001

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







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

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

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



2. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
3. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
4. Projekt umowy stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
5. Termin realizacji – **w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **wartość oferty = 100%.**
7. Informacje dodatkowe:

- a) Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
- b) Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- c) Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego jest Kierownik Działu Higieny i epidemiologii **Beata Denisiewicz**, tel. 501-103-991, e-mail: [epidemiolog@szpital-kup.eu](mailto:epidemiolog@szpital-kup.eu)
- d) Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup, w terminie do dnia **6 lutego 2017r.**, do godziny **12<sup>00</sup>** lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)
- e) Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**
- f) Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 10 lutego 2017r.
- g) 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**  
*Ewa Joniec*  
**mgr Ewa Joniec**

## Załączniki:

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