

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY  
do 14.000 euro**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny  
Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II  
ul. Al. Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
tel. (84) 677 33 33  
fax (84) 638 66 69

**Zaprasza do złożenia oferty  
na dostawę filmów do kamery laserowej model FUJI DryPix 7000  
kod CPV: 33124210-0**

**I. Określenie przedmiotu zamówienia**

- film ogólnodiagnostyczny DIHL 35x43cm – 200szt
- film ogólnodiagnostyczny DIHL 25x30cm – 150szt
- film mammograficzny DIHL 25x30cm – 150szt

*Kamera laserowa model FUJI DryPix 7000 jest na gwarancji. W związku z tym stosownie do zapisów instrukcji obsługi Zamawiający wymaga oryginalnych filmów do w/w kamery laserowej.*

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : 30 dni od daty wysłania zamówienia.**

**III. Sposób sporządzenia oferty**

1. Ofertę należy złożyć w jednej zamkniętej kopercie w siedzibie Zamawiającego – pokój 248 (Kancelaria Szpitala).
2. Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „**Filmy do kamery laserowej FUJI DryPix 7000**”.
3. Oferta musi być podpisana przez wykonawcę tj. osobę uprawnioną do reprezentowania firmy (zgodnie z wpisami do akt rejestrowych) bądź osobę upoważnioną przez wykonawcę na piśmie.

**IV. Oferta musi zawierać następujące dokumenty i informacje:**

1. Formularz „Oferty Wykonawcy,, (wg załączonego wzoru- zał. Nr 1),
2. Ofertę cenową przygotowaną w następujący sposób: asortyment, ilość, cena jednostkowa netto (bez podatku VAT), stawka podatku VAT, cena jednostkowa brutto (cena jednostkowa netto powiększona o stawkę VAT), łączna cena netto pozycji – bez podatku VAT (wynik mnożenia ceny jednostkowej bez podatku VAT przez ilość), łączna cena brutto pozycji – z podatkiem VAT (łączna cena netto pozycji powiększona o VAT), producent.  
Cena ostateczna za całość przedmiotu zamówienia (suma cen łącznych) musi być podana w wartości netto (bez podatku VAT) i wartości brutto (z podatkiem VAT). Ceny muszą być

wyrażone w złotych polskich zgodnie z obowiązującym systemem monetarnym (zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku), łączna cena musi być wyrażona cyfrą i słownie.

Zamawiający informuje, że rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone tylko w złotych polskich.

3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż **6 ( sześć ) miesięcy przed upływem terminu składania ofert.**
4. Deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
5. Szczegółowa charakterystyka oferowanych filmów do kamery laserowej FUJI DryPix 7000 (ulotka, folder opis, itp.) z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego.

V. Termin złożenia oferty : 14 lipca 2011 r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – Pan Andrzej Zubrzycki tel.(84) 677 38 19
- w sprawach formalno-prawnych – mgr Wojciech Michoński tel.(84) 677 32 78

VI. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się kryterium: **cena – 100 %.**

VII. Cena podana przez Wykonawcę nie może ulec podwyższeniu przez okres obowiązywania zamówienia.

VIII. Informacja o wyborze oferty zostanie zamieszczona na stronie internetowej szpitala.

IX. Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający wyśle do Wykonawcy zamówienie.

Załączniki:

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Wojewódzkiego  
Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu  
Lek. med. Andrzej Mielcarek

## OFERTA WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: .....

Siedziba (dokładny adres): .....

Numer telefonu : .....

Numer faxu : .....

Numer NIP : .....

### Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła II  
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość

Numer telefonu: (84) 677 33 33

Numer faxu: (84) 638 66 69

Numer NIP: 922-22-92-491

### Zobowiązania wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy: AZ.2150-13/5/2011) na dostawę filmów do kamery laserowej FUJI DryPix 7000 oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

a) netto: .....zł (słownie: .....złotych)

b) stawka podatku VAT: ..... %

c) brutto: .....zł (słownie: .....złotych).

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że utrzymam stałość ceny do końca realizacji zamówienia.

4. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

5. Oświadczam, że oferowane filmy do kamery laserowej FUJI DryPix 7000 spełniają warunki techniczne określone w pkt. I zaproszenia.

6. Oświadczam, że oferowane filmy są oryginalne i mogą być stosowane do kamery laserowej FUJI DryPix 7000

### 7. Załączniki:

- oferta cenowa,
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert.
- Deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych

.....dnia.....

.....  
(podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej\*)

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

### OFERTA CENOWA

| Lp | Asortyment                                   | j . m . | Ilość      | Cena jedn netto (w PLN) | Stawka podatku VAT (w %) | Cena jedn brutto (w PLN) | Łączna cena netto (w PLN) | Łączna cena brutto (w PLN) | Producent |
|----|--|---------|------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|
| 1  | 3  |         | 4          | 5                       | 6                        | 7                        | 8                         | 9                          | 10        |
| 1  | <b>film ogólnodiagnostyczny DIHL 35x43cm</b> | Szt     | <b>200</b> |                         |                          |                          |                           |                            |           |
| 2  | <b>film ogólnodiagnostyczny DIHL 25x30cm</b> | Szt     | <b>150</b> |                         |                          |                          |                           |                            |           |
| 3  | <b>film mammograficzny DIHL 25x30cm</b>      | Szt     | <b>150</b> |                         |                          |                          |                           |                            |           |
| X  | <b>X</b>                                     |         | <b>X</b>   | <b>X</b>                | <b>X</b>                 | <b>X</b>                 |                           |                            | <b>X</b>  |

Wartość brutto (słownie).....

.....  
( podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej \*)

- *niepotrzebne skreślić*