

**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 zestawu przeglądowego do aparatu do hemodializy 4008S .**  
**kod CPV : 33181100-3**

**I. Określenie przedmiotu zamówienia**

1. Zestaw przeglądowy do aparatu do hemodializy 4008S -2szt

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : 3 tygodnie 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 „ Zestaw przeglądowy do aparatu do hemodializy 4008S ” .
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 : lp. 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 .**

V. Termin złożenia oferty : 21 marca 2011 r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są : w sprawach merytorycznych – mgr Grażyna Drankowska tel (84) 677 32 75 , w sprawach formalnych – inż. Dariusz Flis , tel.(84) 677 3279 .

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. Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający wyśle do Wykonawcy zamówienie.

Załączniki :

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

**OFERTA WYKONAWCY**  
**zadanie nr .....**

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.2150-38/2/2011 ) na dostawę zestawu przeglądowego do aparatu do hemodializy 4008S, 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 – 14 dni ) .

5. Załączniki :

- oferta cenowa ,

- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert .

.....dnia.....

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
 (pieczęć Wykonawcy)

### OFERTA CENOWA

Lp.	Asortyment	Ilość w szt	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	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Zestaw przeglądowy do apartów do hemodilizaży 4008 S nr kat.M339331	2						
X	RAZEM	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

\* *niepotrzebne skreślić*