

**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 dializatorów nisko przepływowych  
kod CPV: 33181520-3**

**I. Określenie przedmiotu zamówienia- szczegółowy opis**

Dializatory nisko przepływowe z błoną polysulfonową, heliksonową, poliamidową, lub równoważną syntetyczną charakteryzującą się klirensami obliczonymi zgodnie z EN 1283 (przy przepływie krwi 300ml/min i UF 0) dla mocznika nie mniejszym niż 240ml/min, fosforanów 170ml/min i wit B12 90ml/min- sterylizowane parą wodną – **48 sztuk**

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 3 miesiące od daty 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: „Dostawa dializatorów nisko przepływowych”.
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 – bez podatku VAT (wynik mnożenia ceny jednostkowej bez podatku VAT przez ilość), łączna cena brutto – 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. Charakterystykę techniczno – jakościową oferowanego przedmiotu zamówienia zawierającą min. dane na temat wymaganych parametrów technicznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia z podaniem producenta, kraju pochodzenia oraz nazwy handlowej.
5. Deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.

**V. Termin złożenia oferty : 05-05-2011 r.**

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – lek. med Dariusz Dębicki tel. (84) 677 31 16,
- w sprawach formalnych – mgr Małgorzata Choma 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 umowy.

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

**Załączniki:**

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

*lek. med. Andrzej Mielcarek  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Wojewódzkiego  
im. Papieża Jana Pawła II  
w Zamościu*

## 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.2150-4/1/2011) na dostawę dializatorów nisko przepływowych- oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

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

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

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

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

3. Oświadczam, że oferowane dializatory nisko przepływowe spełniają wymagania określone w pkt I zaproszenia.

### 4. Załączniki:

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

.....dnia.....

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

.....  
 (pieczęć Wykonawcy)

**OFERTA CENOWA**

Lp	Asortyment/ nr katalogowy	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
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
1									
X	X		X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*