

**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 firmy Fresenius Medical Care
kod CPV : 33181100-3**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

Zestaw przeglądowy do aparatu do hemodializy 4008S firmy Fresenius Medical Care – 5 szt

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 21 dni licząc 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 „Dostawa zestawów przeglądowych do aparatów do hemodializ 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: 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 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.

VI. Termin złożenia oferty :29-11-2011 r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – mgr Grażyna Drankowska tel (84) 677 32 75,
- w sprawach formalnych – mgr Małgorzata Choma tel.(84) 677 32 78

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

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

IX. Informacja o wyborze oferty zostanie zamieszczona na stronie internetowej Szpitala.

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

Załączniki:

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

*Z-ca Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
ds. Lecznictwa*

lek med. Marek Lipiec

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.2150-4/5/2011) na dostawę zestawów przeglądowych do aparatów do hemodializ 4008S firmy Fresenius Medical Care 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 wykonam przedmiot zamówienia w terminie dni od daty przesłania zamówienia.(maksymalny termin wymagany przez Zamawiającego-21dni).

4. Oświadczam, iż oferowane zestawy przeglądowe są przeznaczone do aparatu do hemodializ 4008S firmy Fresenius Medical Care.

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

6. Załączniki:

-
-
-

..... dnia

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

** niepotrzebne skreślić*

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Lp	Asortyment/numer 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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		szt	5						
X	X	X	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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