

**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 stentów samorozprężalnych-2 szt  
kod CPV:33168000-5**

**I. Określenie przedmiotu zamówienia**

Stent samorozprężalny nitionolowy do jelita grubego z mechaniczną rękojeścią w formie pistoletu umożliwiającą pracę w dwie strony, z możliwością rozwijania i chowania stentu do koszulki, korektę położenia podczas uwalniania, flangi stentu 30 mm, wewnątrz 25 mm, cewnik wprowadzający 10 FR, rozmiar 8 cm -1 szt  
rozmiar 10 cm- 1szt

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 7 dni licząc do daty otrzymania zamówienia**

**III. Sposób sporządzenia oferty**

1. Ofertę należy złożyć;
  - a) w jednej zamkniętej kopercie w siedzibie Zamawiającego – pokój 248 (Kancelaria Szpitala), lub
  - b) faksem na numer 0-84 638 66 69.
2. Na kopercie/faksie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „Dostawa stentów samorozprężalnych”.
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. Szczegółową charakterystykę oferowanych stentów (ulotka, folder opis, itp.) zawierającą minimum informacje podane w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego.
4. Deklarację Wykonawcy (producenta) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanych wyrobów medycznych - zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.

**V. Termin złożenia oferty: 26-08-2011 roku.**

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – dr n. med. Krzysztof Korneta tel. (84) 677 35 30
- 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 umowy.

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*

*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.2150-6/2/2011) na dostawę stentów samorozprężalnych 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. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

### 4. 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
<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		szt	2						
X	X	X	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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