

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 nosideł jednopacjentowych i koszy do szyn TRILUX
dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
kod CPV : 33.19.00.00-8 , 39.22.43.40-3

I. Określenie przedmiotu zamówienia

1. Nosidła jedno-pacjentowe w rozmiarze L do podnośników sufitowych HILL-ROM - **20 szt** .
2. Kosz metalowy montowany do szyny TRILUX o wymiarach : długość –58 cm , szerokość – 18 cm , wysokość – 13 cm wykonany z materiału odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych - **6 szt**

Ofertę można złożyć na całość przedmiotu zamówienia lub na każdą pozycję asortymentową oddzielnie (oferta częściowa).

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : **do 45 dni** od daty złożenia zamówienia .

III. Sposób sporządzenia oferty

1. Ofertę należy złożyć w jednej zamkniętej kopercie w siedzibie Zamawiającego – pokój 248 (Kancelaria Szpitala) lub przesłać faxem na numer (84) 638 66 69 .
2. Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „ Dostawa nosideł i koszy metalowych zadanie nr ...” .
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) – dla każdego zadania oddzielnie .
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 – bez podatku VAT (wynik mnożenia

ceny jednostkowej bez podatku VAT przez ilość) , łączna cena brutto – z podatkiem VAT (łączna cena netto powiększona o VAT) , producent – dla każdego zadania oddzielnie .
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 : do 28 marca 2012 r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są : w sprawach merytorycznych – Mgr Teresa Konopka tel (84) 677 3878 , w sprawach formalnych – mgr inż. Maria Rewa-Chowaniak , tel.(84) 677 3280 .

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

VIII. Cena podana przez Wykonawcę nie może ulec podwyższeniu do czasu realizacji zamówienia .

IX. Informacja o wyborze oferty (ofert) 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

Zadanie nr

Dane dotyczące Wykonawcy :

Dane dotyczące Zamawiającego :

Nazwa :

Nazwa : Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła II

Siedziba (dokładny adres) :

Adres : ul. Aleje Jana Pawła II 10
22-400 Zamość

Numer telefonu :

Numer telefonu : (84) 677 33 33

Numer faxu :

Numer faxu : (84) 638 66 69

Numer NIP :

Numer NIP : 922-22-92-491

Zobowiązania wykonawcy :

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy : AZ.2150-11/3/2012) na dostawęoferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
 - a) netto :zł (słownie :złotych)
 - b) stawka podatku VAT : %
 - a) brutto :zł (słownie :złotych) .
2. Oświadczam , że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń .
3. Oświadczam , że zaoferowane nosidła pasują do podnośników sufitowych HILL-ROM (dotyczy zadania nr 1) .
4. Oferuję termin płatnościdni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 21 dni) .
5. Na oferowany przedmiot udzielammiesiący gwarancji .
6. 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 (podać również nazwę handlową)	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	4	5	6	7	8	9	10
1.	Nosidła jedno-pacjentowe	20						
X	Razem	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

* *niepotrzebne skreślić*

