

**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 obuwia ochronnego antystatycznego w ilości -12par
kod CPV: 18830000-6**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

Obuwie ochronne antystatyczne w kolorze zielonym lub niebieskim z wymienną wkładką profilowaną -12 par

Poniżej podajemy ilości w poszczególnych rozmiarach:

37 – 4pary, 39 – 2pary, 43 – 3pary , 42 -1para, 41 – 1para, 40 – 1para .

II. Wymagania bhp .

1. Obuwie powinno spełniać wymogi stawiane dla obuwia operacyjnego: wykonane z materiału termoplastycznego przystosowane do sterylizacji w temperaturze 135 °C.

2. Powinny posiadać właściwości antystatyczne, absorbujące energię w okolicy piętowej, anatomiczne dostosowanie do stopy, z otworami wentylacyjnymi.

3. Obuwie powinno posiadać atest lub oświadczenie, że oferowane wyroby spełniają warunki wprowadzenia do obrotu medycznego określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr.93 poz.896 z późniejszymi zm.) oraz atest lub oświadczenie o dopuszczeniu do użytkowania w Placówkach Służby zdrowia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki z dnia 21 grudnia 2005r w sprawie zasadniczych wymagań dla środków ochrony indywidualnej (Dz. U. Nr 259, poz.2173).

III. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : 14 dni od daty złożenia zamówienia.

IV. 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 „ Obuwie ochronne antystatyczne”.
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.

V. 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 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.**

VI. Wraz z ofertą należy przesłać charakterystykę oferowanego przedmiotu zamówienia (folder, ulotka) zawierającą min. informacje podane w opisie przedmiotu zamówienia pkt. I zaproszenia.

VII. Termin złożenia oferty: 1 sierpnia 2012 r.

VIII. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – Pani Alina Kapuśniak tel. (84) 677 38 93,
- w sprawach formalnych– mgr Aneta Kycko, tel.(84) 677 32 79.

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

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

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

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

Załączniki:

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

*Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II
w Zamościu*

lek. med. Andrzej Mielcarek

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.2150-16/3/2012) na dostawę obuwia ochronnego antystatycznego 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. Oświadczam, że zaoferowany asortyment spełnia warunki określone w pkt I zaproszenia.

5. Oświadczam, że zaoferowany asortyment spełnia wymagania bhp podane w pkt II zaproszenia.

6. Załączniki:

- oferta cenowa,
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert.
- charakterystykę oferowanego przedmiotu zamówienia
- atest lub oświadczenie, że oferowane wyroby spełniają warunki wprowadzenia do obrotu medycznego określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr.93 poz.896 z późniejszymi zm.).

- atest lub oświadczenie o dopuszczeniu do użytkowania w Placówkach Służby zdrowia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki z dnia 21 grudnia 2005r w sprawie zasadniczych wymagań dla środków ochrony indywidualnej (Dz. U. Nr 259, poz.2173).

.....dnia.....

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

- *niepotrzebne skreślić*

.....
 (pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Lp	Asortyment	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.	Obuwie ochronne antystatyczne	para	12						
X	X		X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*