

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 łyżek do wewnętrznej defibrylacji.
kod CPV: 33169000-2

I. Określenie przedmiotu zamówienia

- **Wewnętrzne łyżki defibrylacyjne do defibrylatora M4735A produkcji Agilent Technologies – 2 kpl**

Opis:

- bez włącznika
- możliwość sterylizacji
- dla dorosłych, średnica 6cm / 7,5cm
- przeznaczone do defibrylacji na otwartym sercu w sali operacyjnej
- fabrycznie nowe

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 14 dni od daty wysłania zamówienia.

III. Sposób sporządzenia oferty

1. Ofertę należy złożyć faxem na numer (84) 638 66 69 a następnie potwierdzić na piśmie.
2. Na faksie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „Łyżki do wewnętrznej defibrylacji”.
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.**

V. Termin złożenia oferty: 20 września 2012r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

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

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

VIII. Ceny podane przez Wykonawcę nie mogą 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. Administracyjnych
Mgr inż. Bernarda Petryk

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.2150-31/3/2012) na dostawę łyżek do wewnętrznej defibrylacji oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
 - a) netto:zł (słownie:złotych)
 2. stawka podatku VAT: %
 - c) brutto:zł (słownie:złotych).
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
 4. Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).
 5. Oświadczam, że oferowane łyżki do wewnętrznej defibrylacji spełniają warunki techniczne określone w pkt. I zaproszenia.
 6. Oświadczam, że oferowane łyżki do wewnętrznej defibrylacji są kompatybilne z defibrylatorem M4735A produkcji Agilent Technologies.
 7. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w przepisach obowiązującego prawa, jest bezpieczny i dopuszczony do używania na terenie Polski.
 8. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia (łyżki do wewnętrznej defibrylacji) udzielam miesięcy gwarancji licząc od dnia dostawy (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 12 miesięcy).

9. Załączniki:

- oferta cenowa
- 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

.....dnia.....

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

- *niepotrzebne skreślić*

Zarozczenie do złożenia oferty
na dostawę łyżek do wewnętrznej defibrylacji

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
<i>1</i>	<i>3</i>		<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
1	Wewnętrzne łyżki defibrylacyjne do defibrylatora M4735A produkcji Agilent Technologies Opis: - bez włącznika - możliwość sterylizacji dla dorosłych, średnica 6cm / 7,5cm - przeznaczone do defibrylacji na otwartym sercu w sali operacyjnej - fabrycznie nowe nr katalogowy	Kpl	2						
X	X		X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*