

**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 endosond do lasera IRIDEX.  
kod CPV: 33100000-1**

**I. Określenie przedmiotu zamówienia**

- Endosonda prosta jednorazowego użytku typu EndoProbe 20 gauge do lasera IRIDEX – 6 szt.
- Endosonda prosta jednorazowego użytku typu EndoProbe 23 gauge do lasera IRIDEX – 6 szt

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 6 miesięcy od daty wysłania zamówienia. Jednorazowe dostawy w terminie 14 dni od daty zgłoszenia telefonicznego.**

**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 endosond do lasera IRIDEX”.
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: 9 marca 2012r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – dr n. med. Waldemar Kędziora tel. (84)677 32 75,
- w sprawach formalnych – mgr Wojciech Michoński, tel.(84) 677 32 78.

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

VII. Ceny podane przez Wykonawcę nie mogą ulec podwyższeniu przez okres obowiązywania zamówienia.

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

IX. 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:**

- Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy: AZ.2150-5/5/2012) na dostawę endosond do lasera IRIDEX oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
    - netto: .....zł (słownie: .....złotych)
  - stawka podatku VAT: ..... %
  - brutto: .....zł (słownie: .....złotych).
- Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
  - Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).
  - Oświadczam, że oferowane endosondy do lasera IRIDEX spełniają warunki techniczne określone w pkt. I zaproszenia.
  - Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w przepisach obowiązującego prawa i jest dopuszczony do używania na terenie Polski.

### 7. Załączniki:

- oferta cenowa,

.....dnia.....

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

- *niepotrzebne skreślić*

**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	<b>Endosonda prosta jednorazowego użytku typu EndoProbe 20 gauge do lasera IRIDEX</b>	Szt	6						
2	<b>Endosonda prosta jednorazowego użytku typu EndoProbe 23 gauge do lasera IRIDEX</b>	szt	6						
X	X		X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*