

**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 testu immunoenzymatycznego
kod CPV : 33100000-1**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

*Szybki membranowy test immunoenzymatyczny do jednoczesnego wykrywania antygeny dehydrogenazy glutaminowej oraz toksyn A i B Clostridium difficile w próbkach kału -
7 op. po 25 szt*

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : do 30 grudnia 2013 r. , jednorazowe dostawy - **3 dni** od daty telefonicznego zgłoszenia .

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 testu immunoenzymatycznego ” .
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 : 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 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 .
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 dnia 18.07.2013 r.**

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są : w sprawach merytorycznych – mgr Urszula Bajus tel. (84) 677 3800 , 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. 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 : AG-Z.2150-29/Tom IX / 5 / 2013) na dostawę testu immunoenzymatycznego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania Nr 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 płatnościdni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni) .

4. 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 / nr kat.	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.		6						
X	Razem	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*