

**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 mebli medycznych
kod CPV: 33192000-2**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

Lp.	Asortyment	Ilość
1	Stojak na kroplówki, na kółkach, 4-ramienny	30 szt
2	Kozetka lekarska na dwóch kółkach, powierzchnia zmywalna	1 szt
3	Wózek do wywozu brudnej bielizny oraz odpadów, 2-poziomowy	2 szt
4	Wózek wykonany z lekkiego stopu przeznaczony do transportu odpadów medycznych. Otwór na zawiasie. Wyposażony w zderzak z gumy. Pokrywa z zawiasami w 2/3 głębokości. Wyposażony seryjnie w kranik odpływowy. 2 kółka stałe, 2 kółka obrotowe o średnicy 160mm z szarej gumy, która nie pozostawia śladów. Pojemność: 1000 l (+/-5%) Udźwig całkowity: 180 kg (+/-5%) Rozmiar wewnętrzny: 1 300 x 700 x 1 270 mm h Rozmiar zewnętrzny: 1 410 x 730 x 1 515 mm h	2 szt
5	Fotel do pobierania badań, z oparciem na rękę+ stolik, powierzchnia zmywalna	1 szt
6	Wózek zabiegowy - 2-poziomowy z blatem kwaso-odpornym z uchwytemi bocznymi, - spód z tacami przegrodowymi, - wymiary 40 x 70cm	1 szt
7	Tabliczki na łóżka szpitalne 30 x 20 cm	26 szt
8	Wózek pod defibrylator - 2- poziomowy - na kółkach - wymiary 55 x 55 cm	1 szt
9	Szafa szklana - 2-drzwiowa, - tył zabudowany, pozostałe boki szklane	1 szt
10	Parawan metalowy	5 szt

<ul style="list-style-type: none"> - kółka z jednej strony, z drugiej stopki - wymiary wysokość 190 cm szerokość 100 cm - kolor biały 	
--	--

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert na całość przedmiotu zamówienia lub na każdą pozycję oddzielnie (oferta częściowa).

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

I. 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 mebli medycznych”.
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.

II. 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 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. Cena ostateczna za całość przedmiotu zamówienia (suma cen łącznych) musi być podana w wartości netto (bez podatku VAT) i wartości brutto (z podatkiem VAT).
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.**
4. Szczegółowa charakterystyka oferowanych mebli (ulotka, folder, opis itp.) z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego, zawierająca minimum informacje podane w opisie przedmiotu zamówienia.

III. Termin złożenia oferty: 08-01-2014 roku.

IV. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych– mgr Roman Kapica tel. 84 677 32 85
Janina Białowska tel (84) 677 38 39,
- w sprawach formalnych– mgr Małgorzata Choma tel.(84) 677 32 78.

V. Cena podana przez Wykonawcę nie może ulec podwyższeniu przez okres obowiązywania zamówienia.

VI. Po zakończeniu postępowania Zamawiający wyśle do Wykonawcy/Wykonawców zamówienie/zamówienia .

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
dotyczy pozycji

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.2150-45/ /2013) na dostawę mebli medycznego- 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. Oświadczam, iż utrzymam stałość ceny przez czas obowiązywania zamówienia.

4. Oferuję termin płatnościdni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).

5. Oświadczam, iż udzielam miesięcy gwarancji na oferowane meble. (minimalna wymagana przez Zamawiającego-12 miesięcy).

Załączniki :

- oferta cenowa,
- szczegółowa charakterystyka oferowanych mebli (ulotka, folder, opis itp.) z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego, zawierająca minimum informacje podane w opisie przedmiotu zamówienia

.....dnia.....

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

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Lp.	Asortyment/ nr katalogowy/ model	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	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stojak na kroplówki	30						
2	Kozetka lekarska	1						
3	Wózek do wywozu brudnej bielizny	2						
4	Wózek wykonany do transportu odpadów medycznych	2						
5	Fotel do pobierania badań	1						
6	Wózek zabiegowy	1						
7	Tabliczki na łóżko szpitalne	26						
8	Wózek pod defibrylator	1						
9	Szafa szklana	1						
10	Parawan metalowy	5						
X	Razem	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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