

**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 sond i endosond do lasera OcuLight SLX prod. Ins Medical
kod CPV : 33100000-1**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

Zadanie Nr 1

1. Endosonda prosta (Endo PROBE) 20 gauge jednorazowego użytku - 6 szt

Zadanie Nr 2

2. Sonda typu „ G „ (G—Probe) jednorazowego użytku do cyklofotokoagulacji
przeztwardówkowej, kompatybilna z laserem diodowym IRIS OcuLight SLX - 6 szt

*Powyższy osprzęt musi być kompatybilny z laserem **OcuLight SLX prod. Ins Medical**.*

Ofertę można złożyć na całość przedmiotu zamówienia lub na każde zadanie oddzielnie (oferta częściowa) .

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji : **30 dni** od daty złożenia zamówienia .

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 sond i endosond do lasera_” .
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,, - *dla każdego zadania oddzielnie* (wg załączonego wzoru (zał. Nr 1),
2. Ofertę cenową (*dla każdego zadania oddzielnie*) 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 08.05.2013 r.**

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są : w sprawach merytorycznych – dr n.med. Waldemar Kędziora tel. (84) 677 3701 , 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

*Z-ca Dyrektora
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
ds. Lecznictwa
lek.med. Marek Lipiec*

OFERTA WYKONAWCY
Zadanie Nr

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.2150-5/6a/2013) na dostawę **sond i endosond do lasera OcuLight SLX prod. Ins Medical** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania Nr za cenę :

a) netto :zł (słownie :złotych)

b) stawka podatku VAT : %

a) 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. Oświadczam , że oferowany osprzęt jest dopuszczony do obrotu i używania na terenie Polski oraz posiada stosowne dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .

1. Oświadczam , że oferowany osprzęt jest kompatybilny z laserem **OcuLight SLX prod. Ins Medical** .

2. 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

Zadanie Nr 1

| Lp. | Asortyment | 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. | Endosonda prosta (Endo PROBE) 20 gauge jednorazowego użytku | 6 | | | | | | |
| X | Razem | X | X | X | X | | | X |

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Zadanie Nr 2

| Lp. | Asortyment | 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 | Sonda typu „ G „ jednorazowego użytku | 6 | | | | | | |
| X | Razem | X | X | X | X | | | X |

Wartość brutto (słownie).....

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

* *niepotrzebne skreślić*