

**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 wkładów do strzykawki automatycznej En Vision.
kod CPV: 33.14.00.00-3**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

- **Wkład do strzykawki automatycznej poj. 200ml, kompatybilny ze strzykawką En Vision produkcji Medrad – 200 szt**

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: 7 dni od daty wysłania zamówienia.

III. Sposób sporządzenia oferty

1. Ofertę należy złożyć faxem na numer (84) 638 66 69.
2. Na faxie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „Wkłady do strzykawki automatycznej En Vision”.
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 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. 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. Atest firmy Medrad lub autoryzowanego serwisu potwierdzający kompatybilność ze strzykawką En Vision produkcji Medrad oraz dotyczący jakości wkładu.

V. Termin złożenia oferty : 14 marca 2013r.

VI. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami są: od strony merytorycznej – lek med. Piotr Tomaszewski tel (84)677 38 10, od strony formalnej – mgr Wojciech Michoński, tel.(84) 677 32 78.

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

VII. Cena podana przez Wykonawcę nie może ulec podwyższeniu do czasu zrealizowania 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

Z-ca Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Wojewódzkiego
Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
Ds. Lecznictwa
Lek. med. Marek Lipiec

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.2150-13/2/2013) na dostawę wkładów do strzykawkki automatycznej En Vision 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, że oferowane wkłady do strzykawkki automatycznej spełniają wymagania określone w pkt. I zaproszenia.

4. Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

5. Oświadczam, że oferowane wkłady do strzykawkki automatycznej są kompatybilne z posiadaną przez Zamawiającego strzykawką En Vision.

6. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. i jest dopuszczony do używania na terenie Polski.

7. Załączniki:

- oferta cenowa,

.....dnia.....

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

- *niepotrzebne skreślić*

.....
 (pieczęć Wykonawcy)

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
1	3		4	5	6	7	8	9	10
1	Wkład do strzykawki automatycznej poj. 200ml, kompatybilny do strzykawki En Vision	Szt	200						
X	X		X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*