

**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 zestawu przeglądowego do aparatu
do hemodializy 4008S firmy Fresenius Medical Care
kod CPV : 33181100-3**

I. Określenie przedmiotu zamówienia

Zestaw przeglądowy do aparatu do hemodializy 4008S firmy Fresenius Medical Care – 2 szt

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

III. Sposób sporządzenia oferty

1. Ofertę należy złożyć :
 - a/ na piśmie w zamkniętej kopercie w siedzibie Zamawiającego – pokój 248 (Kancelaria Szpitala) .
 - b/ faxem na numer (084) 638-66-69 , następnie potwierdzić na piśmie.
- 2 . Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „Dostawa zestawów przeglądowych do aparatów do hemodializ 4008S”.
- 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.**

VI. Termin złożenia oferty :19-03-2013 r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych – mgr Grażyna Drankowska tel (84) 677 32 75,
- w sprawach formalnych – inż. Dariusz Flis tel.(84) 677 32 79

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

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

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

X. 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:

- Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy: AZ.2150-38/1/2013) na dostawę zestawów przeglądowych do aparatów do hemodializ 4008S firmy Fresenius Medical Care 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.
- Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie dni od daty przesłania zamówienia.(maksymalny termin wymagany przez Zamawiającego-7dni).
- Oświadczam, iż oferowane zestawy przeglądowe są przeznaczone do aparatu do hemodializ 4008S firmy Fresenius Medical Care.
- Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 14 dni).

6. Załączniki:

-
-
-

..... dnia

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

- *niepotrzebne skreślić*

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Lp	Asortyment/numer katalogowy	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	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		szt	2						
X	X	X	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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