

**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**

1. Endosonda prosta (Endo PROBE ) 20 gauge jednorazowego użytku - 6 szt
2. Sonda typu „ G „ jednorazowego użytku - 6 szt

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

Ofertę należy złożyć na całość przedmiotu zamówienia .

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,, (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 09.04.2013 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

*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 : AZ.2150-5/6/2013 ) na dostawę **sond i endosond do lasera OcuLight SLX prod. Ins Medical** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia 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 płatności .....dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT ( minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni ) .

4. Oświadczam , że oferowane sondy i ednosondy są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski oraz posiadają stosowne dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .

1. Oświadczam , że oferowane sondy i ednosondy są kompatybilne 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

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						
2	Sonda typu „ G „ jednorazowego użytku	6						
X	<b>Razem</b>	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

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

\* niepotrzebne skreślić