



Szpital Powiatowy
w Rawiczu Sp. z o.o.

ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz
T: +48 65 546 24 13-16 (centrala), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)
F: +48 65 546 70 61, E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422
Getin Noble Bank SA Nr konta: 51 1560 0013 2367 2722 7424 0001
Kapitał zakładowy: 34 mln 835 tys. zł w całości opłacony



Rawicz, dnia 14.04.2016r.

NLO-3820-13/ZO/16

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy:

Zapytanie ofertowe – dot. dostawy sprzętu jednorazowego użytku do endoskopii na podstawie umowy komisowej dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na dostawę sprzętu jednorazowego użytku do endoskopii na podstawie umowy komisowej dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

1. ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.
Ul. Gen. Grota Roweckiego 6
63-900 Rawicz
NIP: 699-19-19-769

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 2 do niniejszego zaproszenia. **Ilości w formularzu cenowym są podane wg zapotrzebowania miesięcznego.**

Zakup jednorazowego sprzętu endoskopowego będzie się odbywać na podstawie umowy komisowej.

3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:

- Wykonawca musi posiadać wymagane przepisami prawa dopuszczenie do obrotu w jednostkach służby zdrowia na terenie RP.

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Do 12 miesięcy.

5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

6. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Ofertę należy złożyć do dnia **20.04.2016 r. do godz. 12.00** na adres **agata.becela@szpitalrawicz.pl** lub na adres Zamawiającego podany w punkcie nr 1.

7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
 - podpisane oświadczenie (Załącznik nr 3)
 - zaakceptowany wzór umowy komisowej(Załącznik nr 4)
 - załącznik nr 1 do umowy

8. INFORMACJE DODATKOWE:

1. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
2. Termin płatności faktury 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. faktury.
3. Wykonawca zobowiązuje się po wyborze jego oferty do podpisania umowy komisowej (Załącznik nr 4).
4. Wykonawca zobowiązany jest wystawić Zamawiającemu fakturę w formie papierowej i elektronicznej najlepiej w formacie kamsoft tekstowy (kodowanie: BLOZ). Faktury w formie elektronicznej należy przysłać na adres email: apteka-faktury@szpitalrawicz.pl.

9. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego pisemnie na adres: **agata.becela@szpitalrawicz.pl** lub pod nr faxu 65/546 70 64. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Agata Becela tel. 65/537 63 24

WICEPREZES ZARZĄDU

Zbigniew Sycz