



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 26.01.2017r.

NLO-3820-01/ZO/17

## ZAPYTANIE OFERTOWE

### **Dotyczy:**

Zapytanie ofertowe – dot. zakupu i dostawy leków dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na zakup i dostawę leków 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.

### **3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:**

**3.1** Wykonawca zapewnia, że przedmiot umowy jest zgodny z załącznikiem nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego i posiada dopuszczenie do obrotu wymagane przepisami Ustawy z dnia 6.09.2001r. Prawo Farmaceutyczne (Dz.U. z 2008r., nr 45, poz. 271 z późn. zm.). Wykonawca na każde żądanie Zamawiającego jest zobowiązany w trakcie obowiązywania umowy okazać Zamawiającemu powyższy dokument.

**3.2** W celu potwierdzenia warunku udziału w postępowaniu dotyczącego uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, Zamawiający wymaga aby Wykonawca posiadał aktualne zezwolenie – decyzję wydaną przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zezwalającą na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi przeznaczonymi dla ludzi.

### **4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**

do 31.12.2017 r.

### **5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:**

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



## 6. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Ofertę należy złożyć do dnia **02.02.2017 r. do godz. 12.00** na adres **agata.becela@szpitalrawicz.pl**, przesłać pod numer faxu 65 546 70 64 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 4 )
  - zaakceptowany wzór umowy ( Załącznik nr 3 )
  - aktualne zezwolenie – decyzję wydawaną przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, zezwalającą na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi przeznaczonymi dla ludzi.

## 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 (Załącznik nr 3).

## 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 z Wykonawcami jest Agata Becela tel. 65 537 62 24.

WICEPREZES ZARZĄDU

Ewa Kazmieruk