



**Szpital Powiatowy  
w Rawiczu Sp. z o.o.**

ul. Gen. Grotta Roweckiego 6, 63-900 Rawicz  
T: +48 65 546 24 13-16 (centra), 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, dn. 29.04.2019r

NLO-3820-06/ZO/19

## **ZAPYTANIE OFERTOWE**

### **Dotyczy:**

Zapytanie ofertowe – dot. zakupu i dostawy endoskopowego sprzętu jednorazowego użytku 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 endoskopowego sprzętu jednorazowego użytku dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

### **1. ZAMAWIAJĄCY:**

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.  
Ul. Gen. Grotta 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:**

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

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

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 **09.05.2019 r. do godz. 12.00** na adres:  
[agata.becela@szpitalrawicz.pl](mailto:agata.becela@szpitalrawicz.pl)



## 7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
  - formularz asortymentowo-cenowy ( Załącznik nr 2 )
  - zaakceptowany wzór umowy ( Załącznik nr 3 )
  - dokument potwierdzający, iż oferowany przedmiot postępowania posiada wymagane przepisami prawa dopuszczenie do obrotu w jednostkach służby zdrowia na terenie RP.

## 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 ).
4. Wykonawca zobowiązany jest wystawić Zamawiającemu fakturę w formie papierowej i elektronicznej najlepiej w formacie kamssoft tekstowy (kodowanie: BLOZ). Faktury w formie elektronicznej należy przysyłać na adres email: [apteka-faktury@szpitalrawicz.pl](mailto:apteka-faktury@szpitalrawicz.pl). Dopuszcza się faktury w formacie pdf.

## 9. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego pisemnie na adres: [agata.becela@szpitalrawicz.pl](mailto:agata.becela@szpitalrawicz.pl) lub pod nr faxu 65/546 70 64. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Agata Becela tel. 65/537 62 24.

PREZES ZARZĄDU

Tomasz Paźkowski