



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 24.09.2020r.

NLO-3820-12/ZO/20

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy:

Zapytanie ofertowe – dot. „Zakup wraz z dostawą sprzętu jednorazowego użytku dla Bloku Operacyjnego.”

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na „Zakup wraz z dostawą sprzętu jednorazowego użytku dla Bloku Operacyjnego.”

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 Na wezwanie zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest do złożenia następujących oświadczeń lub dokumentów:

- 1) W celu wykazania podstaw do wykluczenia Wykonawcy z niniejszego postępowania:
 - a) odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.

3.2 W celu potwierdzenia spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt. 2 ustawy Pzp:

- a) dokument potwierdzający, że oferowany przedmiot zamówienia może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia na terenie RP, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2017r. poz. 211 ze zm.) – deklaracja zgodności, certyfikat zgodności lub zgłoszenie wyrobu medycznego do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- b) prospektów, katalogów producenta, ulotek w języku polskim dotyczących zaferowanych pozycji w każdej Części zamówienia (należy opisać nr Części i nr pozycji) – potwierdzających wymagane przez Zamawiającego parametry;

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Do 12 m-cy

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 **01.10.2020 r. do godz. 12.00** na adres e-mail: **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- Formularz Ofertowy do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
 - zaakceptowany wzór umowy (Załącznik nr 3)

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**.

Uprawniona do kontaktów z Wykonawcami jest Agata Becela tel. 65 537 62 24.

PREZES ZARZĄDU


Tomasz Paszkowski