

Puławy, dnia 27.01.2017 r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Puławach ul. Bema 1 24-100 Puławy

Adres i nazwa wykonawcy:

### ZAPYTANIE OFERTOWE ZO-3/2017

1. Zamawiający zaprasza do złożenia oferty na:

Zakup wraz z dostawą krzesełek transportowych w ilości dwóch sztuk.

2. Miejsce i termin złożenia oferty: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, budynek administracyjny, Sekretariat, do dnia 02.02.2017 r. godz. 10:00.

3. Termin otwarcia ofert: 02.02.2017 r. godz. 10:15.

4. Warunki płatności: przelew 30 dni od dnia dostawy przedmiotu zamówienia.

5. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami w sprawie procedury i przedmiotu zamówienia: Jan Kowalczyk, tel. 81 450 22 22 e-mail: jkowalczyk@man.pulawy.pl

6. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim.

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Puławach  
*Piotr Rybicki*

## OFERTA

Treść oferty (wypełnia oferent, tj. potencjalny wykonawca)

1. nazwa wykonawcy: .....

2. adres wykonawcy: .....

3. adres email: .....

4. NIP .....

5. regon .....

6. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z załącznikiem nr 1 za:

Cenę netto ..... zł. (słownie zł.: .....) )

Podatek VAT ..... zł. (słownie zł.: .....) )

Cenę brutto ..... zł. (słownie zł.: .....) )

7. Termin realizacji zamówienia: do ..... (4 tygodni)

8. Okres gwarancji: min (24 miesiące).....

9. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

10. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

11. Do oferty załączam:

1. Załącznik nr 1 – druk oferty,

2. Załącznik nr 2 – Oświadczenie

3. Kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (np. KRS lub wpis do ewidencji).

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęć oferenta

**Załącznik nr 1****Opis przedmiotu zamówienia - PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE.**

Lp.	Parametry i warunki techniczne	Wymagania TAK/ NIE	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Konstrukcja wykonana o wadze do 10 kg	TAK	
2.	Konstrukcja krzesła składana z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem podczas transportu	TAK	
3.	Siedzisko i oparcie wykonane z elastycznego pokrycia z miękkiego tworzywa sztucznego, umożliwiające szybki demontaż/ montaż do mycia i dezynfekcji.	TAK	
4.	Dwa kółka tylne nie posiadające wspólnej osi.	TAK	
5.	Dwa kółka przednie skrętne wyposażone w hamulce	TAK	
6.	Teleskopowo wydłużane ręczki przednie z możliwością zmiany wysokości położenia rączek na dwóch poziomach wysokości	TAK	
7.	Dwie pary składanych rączek tylnych umieszczone na dwóch poziomach	TAK	
8.	Trzy regulowane pasy bezpieczeństwa	TAK	
9.	Udźwig do min. 150 kg	TAK	

Producent ..... Typ.....

Lp.	Asortyment	ilość szt.	cena netto za 1 sztukę	wartość netto	stawka VAT	wartość brutto	producent nr katalogowy
1	Krzeselko transportowe do Ambulansu	2					

.....

**Miejscowość, data**

.....

**podpis osoby upoważnionej**

**OŚWIADCZENIE**

My, niżej podpisani

.....  
.....

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)

.....  
.....  
.....

oświadczamy, iż spełniamy warunki , a w tym:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonanie zamówienia;
3. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ 2017 r.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)  
do reprezentowania Wykonawcy