

Puławy, dnia 21.07.2016 roku

Zamawiający:

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

adres i nazwa wykonawcy:

ZAPYTANIE OFERTOWE ZO 33 / 2016

1. Zamawiający zaprasza do złożenia ofert na:
Zakup kaset do radiografii dla SP ZOZ Puławy
2. Termin realizacji zamówienia: do 5 tygodni od dnia podpisania umowy.
3. Miejsce i termin złożenia oferty:
Ofertę należy złożyć dnia 28.07.2016 r. do godz. 10:00, w Sekretariacie SP ZOZ Puławy, ul. Bema 1 (budynek Administracji – Sekretariat), z dopiskiem na kopercie „Dostawa kaset do radiografii dla SP ZOZ Puławy”
4. Termin otwarcia ofert – 28.07.2016 roku godz. 10.15
5. Warunki płatności- przelew 30 dni od dnia dostawy i wystawienia faktury
6. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami:
 - Beata Rybicka w sprawie przedmiotu zamówienia 81 450 21 84
 - Jan Kowalczyk w sprawie procedury e – mail: jkowalczyk@man.pulawy.pl, 81 450 22 23
7. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim.
8. Do oferty należy dołączyć:
 - kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (KRS).
 - załącznik nr 1
 - oświadczenie – załącznik nr 2
 - oświadczenie – załącznik nr 3
 - druk oferty

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
Piotr Rybak

O F E R T A

Treść oferty (wypełnia oferent tj. potencjalny wykonawca)

1. nazwa wykonawcy
2. adres wykonawcy.....
3. NIP
4. regon
5. nr rachunku bankowego
6. Adres mailowy i numer faxu do składania zamówień
7. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Wartość nettozł (słownie złotych

Podatek Vat zł (słownie złotych

Wartość bruttozł (słownie złotych

8. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń i po wyborze ofert zawrę umowę wg załączonego wzoru.
9. Termin realizacji zamówienia maksymalnie do 5 tyg. od dnia zamówienia
10. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Miejscowość , dnia.....

Podpis i pieczęćka oferenta (wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 1

NAZWA	j.m.	Ilość	cena jednostkowo wa netto	wartość netto	stawka vat	wartość brutto	nr katalogowy
Kaseta do radiografii 18 x 24 do skanera Konica Minolta Regius 210	szt.	2					
Kaseta do radiografii 24 x 30 do skanera Konica Minolta Regius 210	szt.	2					
Kaseta do radiografii 35 x 43 do skanera Konica Minolta Regius 210	szt.	2					
Razem	x	x	x		x		x

.....
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 _____ 2016 r.

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 3

(pieczęć wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany działając w imieniu i na rzecz oświadczam, że oferowane przeze mnie produkty spełniają wszystkie parametry, wymagania, i charakterystyki wymienione w warunkach zamówienia i właściwych przepisach prawa oraz posiadają aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu.

Oświadczam, że oferowane przez nas produkty posiadają aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (dokumenty znaku CE lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych) i zobowiązuję się do ich udostępnienia na każde żądanie Zamawiającego w nieprzekraczalnym terminie trzech dni roboczych. Oświadczam, iż dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanych produktów do użytku szpitalnego zostaną dostarczone na nasz koszt lub zostaną udostępnione do wglądu w siedzibie Zamawiającego.

.....
(data i miejsce)

.....
podpis osoby upoważnionej