

ZO 41/2017

Pieczęć zamawiającego
Puławy, dnia 09.10.2017 r.

Adres i nazwa wykonawcy:

ZAPYTANIE OFERTOWE

1. Zamawiający zaprasza do złożenia ofert na:

Wykonanie testów specjalistycznych 13 aparatów RTG w SP ZOZ Puławy, zgodnie z załącznikiem.

2. Termin realizacji zamówienia: do 14 dni od dnia wystawienia zlecenia.

3. Miejsce i termin złożenia oferty: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, 24-100 Puławy, ul. Bema 1, budynek administracyjny, Sekretariat, do dnia 18.10.2017 r. godz. 13:00. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami zamieścić należy w kopercie zaadresowanej na Zamawiającego i podpisanej w następujący sposób: „Oferta na testy specjalistyczne”, nr sprawy ZO 42/2017”

4. Termin otwarcia ofert: 18.10.2017 r. godz. 13:15.

5. Warunki płatności: przelew 30 dni.

6. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami: Bogdan Cybula,
tel. 81 450-22-38.

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

8. Kryterium oceny – cena 100 %.

9. Do oferty należy dołączyć:

- kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (np. zaświadczenie o wpisie do ewidencji lub KRS),
- oświadczenie (załącznik nr 1),
- aktualną kopię certyfikatu akredytacji laboratorium badawczego dla zakresu aparatury będącej przedmiotem zamówienia wystawioną przez Polskie Centrum Akredytacji o spełnianiu wymagań normy PN-EN-ISO/IEC 17025:2005
- podpisany wykaz aparatów RTG stacjonarnych i przewoźnych SP ZOZ Puławy.

Zatwierdził:

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
Piotr Rybak

OFERTA

Treść oferty (wypełnia oferent, tj. potencjalny wykonawca)

1. nazwa wykonawcy:

2. adres wykonawcy:

3. adres email:

4. NIP

5. regon

6. nr rachunku bankowego

7. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto zł. (słownie zł.:))

Cenę brutto zł. (słownie zł.:))

8. Termin realizacji zamówienia:(do 14 dni od daty wystawienia zlecenia).

9. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.

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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęćka oferenta

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

Załącznik do zlecenia

WYKAZ
APARATÓW RTG STACJONARNYCH
I PRZEWOŹNYCH BĘDĄCYCH NA STANIE
SP ZOZ PUŁAWY

Lp	NAZWA APARATU i TYP	Nr fabr.	Data prod.	oddział
1	SIEMENS SIRESKOP CX - 3	2779697	1997	RTG Nr-1
2	NOVA-AT	09300937	2009	RTG Nr-1
3	EDITOR Hfe-501	30871	2006	RTG Nr-2
4	TOMOGRAF BRIGHT SPEED ELITE	293890HMO	2011	RTG NR-1
5	GE SERIES 7700	79-S-1174	2001	Trakt Op. Sala ortop.
6	MAMOGRAF PERFORMA MGF-110	36016	2008	RTG Nr-1
7	PHILIPS PRAKT. X-21	P551315	1985	Ortopedia
8	ZIEHM SOLO	51387	2014	Urol.Op.
9	POLYMOBIL 10	1518	1995	Chir.Dz.
10	ZEN 7000 GENDRAY	ZEN-020601-10612	2011	Trakt Operac.
11	TMS 300 TECHNIX	39-11-101-15046	2011	OIT
12	COVATOR PAUCH	0105	2011	RTG NR-1
13	RTG Z RAMIENIEM "C" ZIEHM SOLO	51628	2014	Kardiologia