

Puławy, dnia 07.02.2017 r.

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

Adres i nazwa wykonawcy:

ZAPYTANIE OFERTOWE ZO-4/2017

1. Zamawiający zaprasza do złożenia oferty na:

Zakup wraz z dostawą aparatu do ultradźwięków Sonicator 740 (w zestawie trzy głowice: 1 cm², 5 cm², 10 cm²).

2. Miejsce i termin złożenia oferty: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, budynek administracyjny, Sekretariat, do dnia 14.02.2017 r. godz. 11:00.

3. Termin otwarcia ofert: 14.02.2017 r. godz. 11:15.

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.


D Y R E K T O R
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
Piotr Rybań

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 aparatu do ultradźwięków Sonicator 740 (w zestawie trzy głowice: 1 cm², 5 cm², 10 cm²), PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE.

Lp.	Parametry i warunki techniczne	Wymagania TAK/ NIE	PARAMETRY OFEROWANE
1	Aparat posiada trzy wymienne wodoszczelne głowice o różnych powierzchniach emisji, w tym głowicę dwuczęstotliwościową 1 MHz i 3,2 MHz / 5 cm ² , głowicę 1 cm ² - 3,3 MHz i głowicę 10 cm ² - 1 MHz	TAK	
2.	Pracujący na częstotliwościach 1 MHz i 3,3 MHz	TAK	
3.	Emitujący sygnał ciągły i impulsowy o modulacji 10, 20,50 i 100 % cyklu pracy	TAK	
4.	Konstrukcja głowic zapewnia wygodne i bezpieczne wykonywanie zabiegów również w wodzie	TAK	
5.	Głowice wyposażone w diodę LED sygnalizującą sprzężenie	TAK	
6.	Elektroniczny wskaźnik wszystkich parametrów zabiegu.	TAK	
7.	Chwyty mocujące dla każdej z głowic	TAK	
8.	Możliwość współpracy z aparatami do elektroterapii	TAK	
9.	Wyposażenie standardowe: żel do ultradźwięków, kabel zasilający, kabel łączący głowicę z aparatem, instrukcja obsługi	TAK	
10.	Max czas trwania terapii: 30 min	TAK	
11.	Max moc wyjściowa: 22W dla aplikatora 10 cm ² , 11W dla aplikatora 5 cm ² , 2,2W dla aplikatora 1 cm ²	TAK	
12.	Szkolenie personelu i instalacja wliczona w cenę zakupu aparatu.	TAK	

Lp.	Asortyment	ilość kpl.	wartość netto	stawka VAT	wartość brutto	producent
1	Aparat do ultradźwięków Sonicator 740 (w zestawie trzy głowice: 1 cm², 5 cm², 10 cm²)	1				

.....
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