

ZO 45/2016

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
24-100 Puławy, ul. Bema 1
DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA
NIP 716-22-38-942, REGON 431205731
Tel. (81) 450 22 23

Pieczeńc zamawiającego
Puławy, dnia 25.10.2016 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: 14 dni od dnia wystawienia zlecenia.
3. Miejsce i termin złożenia oferty: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, budynek administracyjny, Sekretariat, do dnia 28.10.2016 r. godz. 13:00.
4. Termin otwarcia ofert: 28.10.2016 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),
 - wykaz aparatów RTG stacjonarnych i przewoźnych SP ZOZ Puławy.

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.
5. posiadamy akredytację PCA Wykonawcy do wykonywania testów

_____, dnia _____ 2016 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