



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Puławy, 06.02.2025 r.

DZP.26.16.2025

Wykonawcy uczestniczący w zapytaniu ofertowym nr ZO 5/2025

Dotyczy: Zapytania ofertowego nr ZO 5/2025 na zakup wraz z dostawą 39 kompletów odzieży zimowej softshellowej dla Ratowników Medycznych zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 03.01.2023 r., opublikowanego na stronie SPZOZ w Puławach w dniu 29.01.2025 r.

MODYFIKACJA

Zamawiający informuje o dokonaniu następujących zmian w treści Zapytania ofertowego nr ZO 5/2025:

Załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie:



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

.....
.....
.....
Załącznik nr 1

(pieczęć/nazwa Wykonawcy i adres, adres email, nr telefonu)

OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Zakup wraz z dostawą 39 kompletów odzieży zimowej softshellowej dla Ratowników Medycznych zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 03.01.2023 r.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

wartość netto:

podatek VAT: % tj. zł

wartość brutto: (słownie: złotych).

Termin realizacji zamówienia:(do 4 tygodni) od daty podpisania umowy.

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .

Gwarancja: (min. 12 m-cy)

Termin związania z ofertą: 30 dni

Warunki płatności: przelew 30 dni.

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli stanowiącej Zał. Nr 3 do zapytania ofertowego, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Jednocześnie oświadczam, iż wszystkie podane dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego oraz nie podlegam wykluczeniu.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

- 1) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- 2) druk Oferta – Załącznik nr 1
- 3) opis przedmiotu zamówienia – Załącznik nr 2
- 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
- 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4

.....
[pieczętka i podpis osoby uprawnionej]



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Pozostałe zapisy zostają bez zmian.

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych

mgr inż. Honorata Zgierska-Skomra

Dział Zamówień Publicznych
Honorata Zgierska-Skomra
Tel: 81 450 23 89
zp@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl,
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000
0000 6018 9573