



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, 25.10.2024 r.

DZP 26.116.2024

Wykonawcy

Uczestniczący w zapytaniu ofertowym

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 57/2024

1. Opis przedmiotu zamówienia: Zakup instrumentu laparoskopowego BiSect Micro do cięcia i koagulacji wraz z kablem bipolarnym na potrzeby Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: do 4 tygodni od dnia podpisania umowy.

3. Gwarancja – min. 12 miesięcy.

4. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: Cena -100%

5. Wykluczenie z postępowania.

a. Na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania wyklucza się:

1. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na



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

podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy.

b. Wykluczenie następuje na okres trwania okoliczności określonych w ust. 1 Ustawy.

c. W przypadku wykonawcy lub uczestnika konkursu wykluczonego na podstawie ust. 1 Ustawy, zamawiający odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub ofertę takiego wykonawcy lub uczestnika konkursu, nie zaprasza go do złożenia oferty wstępnej, oferty podlegającej negocjacjom, oferty dodatkowej, oferty lub oferty ostatecznej, nie zaprasza go do negocjacji lub dialogu, a także nie prowadzi z takim wykonawcą negocjacji lub dialogu, odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie, nie zaprasza do złożenia pracy konkursowej lub nie przeprowadza oceny pracy konkursowej, odpowiednio do trybu stosowanego do udzielenia zamówienia publicznego oraz etapu prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

6. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

- a. aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- b. formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1
- c. opis przedmiotu zamówienia - zał. nr 2
- d. oświadczenie RODO - zał. nr 3
- e. parafowany projekt umowy – zał. nr 4

7. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:

a. cena powinna zawierać:

- wartość dostawy/usługi/roboty budowlanej* określoną w oparciu o przedmiot zamówienia,
- obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,

Płatność przelewem w terminie 30 dni.



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

8. Opis sposobu przygotowania oferty:

- a. ofertę należy złożyć w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie,
- b. cena podana w złożonej ofercie ma być podana cyfrowo i słownie. Oferta cenowa winna być sporządzona wyłącznie w języku polskim i musi obejmować całość zamówienia. Formularz należy wypełnić czytelną i trwałą techniką.

9. Miejsce i termin złożenia oferty:

- a. ofertę należy złożyć w terminie do dnia **06.11.2024 r., do godz. 08:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail zp@szpitalpulawy.pl
- b. oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

10. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **06.11.2024 r. o godz. 08:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5. zp@szpitalpulawy.pl

Formularz ofertowy wraz z załącznikami podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym w formie PAdES typ wewnętrzny(w przypadku ofert przesłanych drogą e- mail).

11. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- a. w sprawie przedmiotu zamówienia – Katarzyna Kucaba, tel. 725 389 639;
- b. w sprawie procedury – Honorata Zgierska-Skomra zp@szpitalpulawy.pl, tel. 81 450 23 89.

12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie, bez podania przyczyny.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
25.10.2024
mgr inż. Krzysztof Siejko
[data i podpis Zamawiającego]

*niepotrzebne skreślić

Dział Zamówień Publicznych
Małgorzata Mączka
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



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

OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Zakup instrumentu laparoskopowego BiSect Micro do cięcia i koagulacji wraz z kablem bipolarnym na potrzeby Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: zł; podatek VAT: zł

cenę brutto: zł (słownie: złotych).

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

Gwarancja: (min. 12 miesięcy).

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .

Warunki płatności: **przelew 30 dni.**

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert.

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.



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

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:

- 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

Załącznik nr 2

Opis osprzętu do diatermii ERBE

Opis instrumentu laparoskopowego do cięcia i koagulacji

Nożyczki bipolarne laparoskopowe dł. 350 mm, obrotowe, śr. 5 mm z końcówką mikro do cięcia i koagulacji prądem w. cz. do diatermii chirurgicznej ERBE VIO300D, VIO3 – wielorazowe do sterylizacji parowej.

Opis kabla bipolarnego do instrumentu

Kabel bipolarny do instrumentów bipolarnych dł. 4 m do diatermii chirurgicznej ERBE do nożyczek bipolarnych – wielorazowy do sterylizacji parowej.

.....
[pieczęćka 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

Załącznik nr 3

Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej



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 4

W Z Ó R

UMOWA NR / 2024

Zawarta w dniu r. w Puławach pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w Rejestrze Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego w Lublin - Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026256, NIP 716-22-38-942, REGON 431205731 reprezentowanym przez

Krzysztofa Siejko – p. o. Dyrektor
zwanym dalej Zleceniodawcą,

a:

....., wpisaną do

NIP Regon reprezentowanym przez

-

zwanym dalej Zleceniobiorcą o następującej treści :

§1

1. Przedmiotem Umowy jest zakup instrumentu laparoskopowego BiSect Micro do cięcia i koagulacji wraz z kablem bipolarnym na potrzeby Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach w cenie podanej w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Przedmiot Umowy musi być jakości zgodnej z Polskimi Normami oraz być dopuszczony do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Realizacja dostawy nastąpi w okresie tygodni od dnia podpisania Umowy.

Dział Zamówień Publicznych
Małgorzata Mączka
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: 00000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000
0000 6018 9573



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

§ 2

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot Umowy na własny koszt i ryzyko do Magazynu w siedzibie Zamawiającego w Puławach ul. Bema 1, 24-100 Puławy, w dniach roboczych od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w godz. 7:30-15:00 wraz z oryginałem faktury, o którym mowa w § 3 ust. 3 poniżej.
2. Przy dostawie Przedmiot Umowy będzie poddany kontroli ilościowej i jakościowej. Jeżeli Wykonawca dostarcza towar za pośrednictwem firmy kurierskiej, wówczas zobowiązany jest zapewnić, aby przewoźnik poczekał na sprawdzenie przez personel Zamawiającego zgodności Przedmiotu Umowy z zamówieniem oraz z fakturą VAT.
3. Przedmiot Umowy dostarczony przez Wykonawcę będzie fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oryginalnie zapakowany.

§ 3

1. Strony ustalają, że wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie Przedmiotu Umowy stanowić będzie cena podana w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy tj.:

wartość netto: zł.

słownie wartość netto:

VAT %

Wartość brutto: zł.

Słownie wartość brutto:

2. Cena określona Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy obejmuje wartość Przedmiotu Umowy oraz wszystkie koszty pośrednie, w szczególności związane z transportem towaru do miejsca wskazanego do Zamawiającego, o którym mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy i jego rozładunkiem.

3. Zapłata za zrealizowaną dostawę nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie 30 dni, po otrzymaniu przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Wykonawca zobowiązuje się dokonywać zaksięgowania przekazanego wynagrodzenia na poczet wymagalnej należności głównej wskazanej w tytule przelewu.



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

4. Wykonawca oświadcza, że numer rachunku rozliczeniowego, jest zgłoszony do właściwego organu podatkowego i widnieje w wykazie, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dn. 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług, (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 106 ze zm.). Wykonawca zobowiązuje się również do niezwłocznego informowania Zamawiającego o wszelkich zmianach jego numeru rachunku bankowego w trakcie trwania umowy, tj. zmiany numeru rachunku bankowego lub wykreślenia go z ww. wykazu przez organ podatkowy, najpóźniej w ciągu 2 dni od zaistnienia tego zdarzenia.
5. Wykonawca oświadcza, że jest czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP:
i zobowiązuje się do zachowania statusu podatnika VAT czynnego przynajmniej do dnia wystawienia ostatniej faktury dla Zamawiającego. Wykonawca zobowiązuje się również do niezwłocznego informowania Zamawiającego o wszelkich zmianach jego statusu VAT w trakcie trwania Umowy, tj. rezygnacji ze statusu czynnego podatnika VAT lub wykreślenia go z listy podatników VAT czynnych przez organ podatkowy, najpóźniej w ciągu 3 dni od zaistnienia tego zdarzenia.
6. Jako datę zapłaty faktury przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
7. Zamawiający wymaga przesłania faktur pocztą elektroniczną i niezwłocznego dostawienia oryginału pocztą a także dopuszcza przesyłanie ustrukturyzowanych faktur elektronicznych zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (tj.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1666 ze zm.). Przesłanie/dostarczenie faktur w miejscu lub formie innej niż wskazane powyżej traktowane będzie jako niedostarczenie faktury Zamawiającemu.
8. Na podstawie art. 106n ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, Zamawiający udziela Wykonawcy zgody na wystawianie i przesyłanie faktur oraz ich korekt, a także not obciążeniowych i not korygujących w formacie pliku elektronicznego PDF na wskazany przez siebie adres poczty e-mail, ze wskazanych w umowie adresów poczty e-mail



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

Wykonawcy. Zamawiający oświadcza, iż adresem e-mail właściwym do przesłania faktur jest:
faktury_dtg@szpitalpulawy.pl

9. Rozliczenie zamówienia odbywać się będzie w polskich złotych.

10. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymania niezmienności ceny, podanej w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy, przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.

§ 4

1. Okres gwarancji wynosi
2. Termin do rozpatrzenia reklamacji wynosi 14 dni.

§ 5

1. Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z następujących tytułów i w wysokościach:
 - a) za opóźnienie w dostawie Przedmiotu Umowy w stosunku do terminu określonego w § 1 ust. 4 niniejszej Umowy - w wysokości 1 % wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,
 - b) za dostarczenie Przedmiotu Umowy z wadami - w wysokości 1 % wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy jeżeli wymiana wadliwego towaru na wolny od wad zgodny z zamówieniem trwa dłużej niż 14 dni, za każdy dzień ponad ten termin
 - c) za rozwiązanie Umowy / odstąpienie od Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto wynagrodzenia Wykonawcy.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
3. Zamawiający ma prawo potrącenia wymagalnych należności z tytułu kar umownych z wystawionej przez Wykonawcę faktury.
4. W przypadku opóźnienia Wykonawcy z dostawą Przedmiotu Umowy przekraczającego 30 dni Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zakupu zastępczego i kosztami związanymi z tym zakupem oraz różnicą ceny obciąży Wykonawcę.
5. Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od swojej winy.



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

§ 6

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do rozwiązania Umowy bez wypowiedzenia za uprzednim powiadomieniem Wykonawcy na 3 dni przed rozwiązaniem Umowy w razie niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy przez Wykonawcę.
2. Poza przypadkiem określonym w ust. 1 powyżej Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności, powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy; odstąpienie od umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie 7 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części Umowy.
3. Umowa może być przez każdą ze stron rozwiązana za wypowiedzeniem z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca.
4. Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy nastąpi w formie pisemnej pod rygorem nieważności

§ 7

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej Strony o każdorazowej zmianie swojego adresu. Zaniechanie zawiadomienia skutkować będzie iż korespondencja przesłana na dotychczasowe numery zostanie uznana za skutecznie doręczoną.
2. Zmiana wierzyciela wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany postanowień Umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnej.
4. W sprawach, które nie zostały uregulowane postanowieniami Umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
5. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozpoznawane przez sądy właściwe rzeczowo i miejscowo według siedziby Zamawiającego.



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

6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 – Kopia Oferty Wykonawcy

WYKONAWCA:

ZAMAWIAJĄCY:

Dział Zamówień Publicznych
Małgorzata Mączka
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: 00000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000
0000 6018 9573