



# 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

DZP.26.7.2023

Puławy, 25.01.2023 r.

Wykonawcy uczestniczący  
w zaproszeniu do składania ofert  
nr ZO 3/2023

## ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NR ZSO 3/2023

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Zakup wraz z dostawą zestawów do iniekcji doszkliskowych dla potrzeb Oddziału Okulistyki Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: sukcesywnie w okresie 12 miesięcy od podpisania umowy.

3. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: 100 % cena.

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

1) formularz oferty wg załączonego wzoru – Załącznik nr 1

2) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis KRS-u,

3) opis przedmiotu zamówienia potwierdzający wymagania zamawiającego wraz z formularzem cenowym – Załącznik nr 2,

4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3

5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4.

5. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:

Cena powinna zawierać:

1) wartość **dostawy**/usługi/roboty budowlanej\* określoną w oparciu o przedmiot zamówienia,

2) obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,

3) cena podana przez wykonawcę za świadczoną usługę/**dostawę**/robotę budowlaną\* jest obowiązująca przez okres ważności umowy i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.

6. Opis sposobu przygotowania oferty:

1) należy ją złożyć w nieprzejrystej i zamkniętej kopercie lub na adres email: [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl)

2) 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.

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89

e-  
mail:[jgaweda@szpitalpulawy.pl](mailto:jgaweda@szpitalpulawy.pl)

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

[spzoz@szpitalpulawy.pl](mailto:spzoz@szpitalpulawy.pl)  
[www.szpitalpulawy.pl](http://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

### 7. Miejsce i termin złożenia oferty:

- 1) Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 02.02.2023 r., do godz. 08:00 w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, I piętro, Sekretariat lub na adres email: [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl)
- 2) Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

### 8. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu 02.01.2023 r. o godz. 08:0 w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 4.

### 9. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- w sprawie przedmiotu zamówienia – Wanda Wieczorek-Kozak, tel. 81 45 02 228
- w sprawie procedury zamówienia – Justyna Gawęda, tel. 81 45 02 389  
[imię i nazwisko, nr tel.]

### 10. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od wyboru ofert bez podania przyczyny.

\*niepotrzebne skreślić

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej w Puławach  
[data i podpis Zamawiającego]  
*Piotr Rybak*



# 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 do ZSO nr 3/2023

.....  
[nazwa, adres, tel. wykonawcy]

### OFERTA

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na: **Zakup wraz z dostawą zestawów do iniekcji doszklistkowych dla Oddziału Okulistyki SP ZOZ w Puławach.**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:  
cenę netto: ..... zł; podatek VAT: ..... zł  
cenę brutto: ..... zł (słownie: ..... złotych).
2. Termin realizacji zamówienia: sukcesywnie w okresie 12 miesięcy od podpisania umowy.
3. Kryteria oceny ofert: 100 % cena.
4. Termin dostawy cząstkowej: .....
5. Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .
6. Warunki płatności: przelew 30 dni.
7. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
10. Adres e-mail do składania zamówień cząstkowych: .....
11. 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]

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
jgaweda@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 2 do ZSO 3/2023

Opis przedmiotu zamówienia	Ilość szt.	Cena jedn. Netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent / nr katalogowy
Zestaw do iniekcji doszkliskowej: 1) serweta na stół 90 cm x 90 cm – 1 szt. 2) serweta okulistyczna chłonna 120 cm x 135 cm – 1 szt. 3) miska 60 ml – 1 szt. 4) strzykawka Luer – Lock 3 ml – 1 szt. 5) strzykawka Omnikan 30G x ¼, 0,3 x 0,8 mm, 0,5 – 1 ml – 2 szt. 6) kompres gazowy 5 x 5 cm op./ 6 szt. – 1 op. 7) patyczki 15 cm – 2 szt. 8) pęseta – 1 szt. 9) tufery – 2 szt. 10) Eye speculum – solid blades – 1 szt. 11) znacznik 3.5 – 4 mm – 1 szt. 12) fartuch Light.L – 1 szt.	2 000					

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**podpis osoby upoważnionej**

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-  
mail: jgaweda@szpit  
alpuławy.pl

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

szpoz@szpitalpuławy.pl  
www.szpitalpuławy.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 3 do ZSO nr 3/2023**

### **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 – ZSO 3/2023 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**

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-  
mail:jgaweda@szpit  
alpulawy.pl

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

[spzoz@szpitalpulawy.pl](mailto:spzoz@szpitalpulawy.pl)  
[www.szpitalpulawy.pl](http://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

**Wzór umowy**

**Załącznik nr 4 do ZSO 3/2023**

UMOWA ..... /2023

zawarta w dniu ..... r. w Puławach pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Puławach przy ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy 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 zwanym dalej „Zamawiającym”

reprezentowanym przez:

- Piotra Rybaka – Dyrektora

oraz

....., wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, NIP ....., REGON .....

zwany dalej „Wykonawcą”

reprezentowanym przez:

.....

Zamawiający i Wykonawca będą dalej łącznie zwani „Stronami”, a każdy z nich z osobna także „Stroną”.

Wobec wyboru oferty Wykonawcy jako najkorzystniejszej w przeprowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia w trybie zapytania ofertowego Strony postanawiają co następuje:

## § 1

1. Przedmiotem Umowy jest sukcesywna dostawa na rzecz Zamawiającego zestawów do iniekcji doszklitkowych w ilości i cenie podanych 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 sukcesywnie, w zależności od potrzeb Zamawiającego, w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy na podstawie zamówień cząstkowych składanych przez Zamawiającego.
4. Strony zgodnie oświadczają, iż ilość asortymentu określona w ofercie Wykonawcy ma charakter wyłącznie szacunkowy, przy czym Zamawiający zastrzega sobie prawo zmniejszenia ilości asortymentu w stosunku do ilości określonej w tejże ofercie, nie powodującego powstania roszczeń po stronie Wykonawcy, a Wykonawca oświadcza, że wyraża na to zgodę, przy czym ograniczenie ilości asortymentu nie przekroczy 70 % ilości szacunkowej z oferty.

## § 2

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot Umowy na własny koszt i ryzyko do Apteki 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. 4.

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-  
mail:jgaweda@szpit  
alpuławy.pl

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

spzoz@szpitalpuławy.pl  
www.szpitalpuławy.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

2. Zamówienia cząstkowe, zawierające zestawienie asortymentowo – ilościowe w zależności od potrzeb Zamawiającego będzie przekazywane Wykonawcy na adres e-mail .....
3. Do składania zamówień cząstkowych upoważniony jest Pracownik Apteki.
4. Termin dostawy określa się maksymalnie na .....dni od daty złożenia przez Zamawiającego zamówienia cząstkowego.
5. Przy dostawie towar będzie poddawany 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 przywiezionego towaru z zamówieniem oraz z fakturą dostawy.
6. Przedmiot zamówienia dostarczony przez Wykonawcę będzie fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oryginalnie zapakowany.

## § 3

1. Strony ustalają, że wynagrodzenie Wykonawcy za wykonywanie przedmiotu umowy stanowić będzie iloczyn cen i ilości zamówionego, w zamówieniach cząstkowych, asortymentu obliczoną przy przyjęciu cen jednostkowych podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wynagrodzenie za cały czas trwania Umowy wyniesie szacunkowo:  
wartość netto: ..... zł.  
słownie wartość netto: .....  
VAT ..... %  
Wartość brutto: ..... zł.  
Słownie wartość brutto: .....
3. Wartość zamówienia określona Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy obejmuje wartość towaru 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.
4. Zapłata za zrealizowaną dostawę następować będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dokonywać zaksięgowania przekazanego wynagrodzenia na poczet wymagalnej należności głównej wskazanej w tytule przelewu.
5. Wykonawca wraz z towarem będzie dostarczał oryginały faktur na których umieszczone będą podstawowe informacje o przedmiocie zamówienia tj. nazwę przedmiotu dostawy, ilość, cenę netto brutto i podatek VAT.
6. Zamawiający oświadcza, iż adresem e-mail, właściwym do przesyłu faktur jest:  
[faktury\\_dfp@szpitalpulawy.pl](mailto:faktury_dfp@szpitalpulawy.pl)
7. Rozliczenie zamówienia odbywać się będzie w polskich złotych.
8. Za dzień zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
9. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymania niezmienności cen netto, podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy z zastrzeżeniem ust. 9.
10. W przypadku zmiany stawki podatku VAT Strony ustalają że:  
a) w razie obniżenia stawki podatku VAT cena brutto przedmiotu dostawy ulega automatycznemu obniżeniu, natomiast cena netto pozostaje bez zmian – bez konieczności zawierania jakiegokolwiek aneksu w tym zakresie;  
b) w razie podwyższenia stawki podatku VAT zmiana ulega jedynie cena netto, cena brutto pozostaje bez zmian. Nowe stawki będą obowiązywać strony wraz z wejściem w życie przepisów je regulujących. Każdorazowa zmiana nie wymaga aneksu w formie pisemnej, ewentualnie strony mogą zawrzeć aneks, mocą którego nastąpi podwyższenie ceny brutto, przy pozostawieniu ceny netto bez zmian.



# 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

c) powyższe zmiany nie mogą skutkować zwiększeniem wartości Umowy, o której mowa w ust. 2 i nie mogą być niekorzystne dla Zamawiającego.

11. Wykonawca nie ma prawa odmówić realizacji dostawy zamówionej partii przedmiotu umowy z powodu zwłoki Zamawiającego z zapłatą należności za dostawy zrealizowane wcześniej, chyba że zwłoka w zapłacie przekroczy 60 dni.

## § 4

Zamawiający będzie składał reklamacje zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego. 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 zamówienia w stosunku do terminu określonego w § 2 ust. 5 niniejszej Umowy - w wysokości 1 % wartości brutto niedostarczonego przedmiotu zamówienia za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,

b) za dostarczenie przedmiotu zamówienia z wadami - w wysokości 1 % wartości brutto towaru dostarczonego z wadami jeżeli wymiana wadliwego towaru na wolny od wad zgodny z zamówieniem trwa dłużej niż 14 dni,

c) za rozwiązanie Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto całej Umowy wskazanej w § 3 ust. 2 niniejszej Umowy.

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 Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zakupu zastępczego niedostarczonej partii i kosztami związanymi z tym zakupem oraz różnicą ceny obciąży Wykonawcę.

5. Poniesione koszty zakupu o których mowa w ust. 4 w wysokości udokumentowanej rachunkami, zostaną potrącone z pierwszej, po ich wystąpieniu, wymagalnej wierzytelności Wykonawcy.

6. Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od swojej winy.

## § 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, w szczególności w razie co najmniej trzykrotnych opóźnień w dostawie przedmiotu zamówienia lub co najmniej trzykrotnej dostawy towaru wadliwego.

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 30 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 trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca.

4. Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy nastąpi w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
jgaweda@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

### § 7

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej strony o każdorazowej zmianie swojego adresu w tym nr faks. 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.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 – Kopia Oferty Wykonawcy

**WYKONAWCA:**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Dział/Sekcja  
Sprawę prowadzi:  
Justyna Gawęda  
Tel: 81 450 23 89  
e-mail:  
jgaweda@szpitalpulawy.pl

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

[spzoz@szpitalpulawy.pl](mailto:spzoz@szpitalpulawy.pl)  
[www.szpitalpulawy.pl](http://www.szpitalpulawy.pl),  
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932  
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573