



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Powiatowy Szpital Specjalistyczny

37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4
NIP: 865-20-75-413, REGON: 000312567

III.2.230 / ~~1180~~ / I ZP / ~~.....~~ / 2018

Stalowa Wola, dnia 01.10.2018 r.

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NA:

**Świadczenie cyklicznych dostaw warzyw i owoców całorocznych i sezonowych dla potrzeb
Kuchni Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli.**

- I. Opis przedmiotu zamówienia:**
Opis zawiera formularz cenowy wg załącznika nr 1 do niniejszego zaproszenia.
- II. Zamawiający:**
SPZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli
ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola, NIP 865-20-75-413, REGON 000312567
- III. Miejsce i data składania ofert:**
Ofertę w formie pisemnej należy złożyć w Dziale Zamówień Publicznych i
Zaopatrzenia Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, ul. Staszica
4, 37-450 Stalowa Wola, pokój nr 7 **do dnia 03.10.2018r. do godz. 11:00**. Dopuszcza
się przesłanie oferty, w tym samym terminie, w formie skanu, z podpisem uprawnionej
osoby na adres e-mail: zam-publ@szpital-stw.com.pl
- IV. Opis warunków i kryteriów wyboru Wykonawcy:**
- Wykonawca musi złożyć ofertę spełniającą wymagania zaproszenia do składania
ofert na świadczenie cyklicznych dostaw warzyw i owoców całorocznych
i sezonowych - załącznik nr 1.
- Za najkorzystniejszą będzie uznana oferta z najniższą ceną wynikającą z
przedłożonego formularza sporządzonego wg wzoru formularza cenowego – opisu
przedmiotu zamówienia tj. załącznika nr 1.
- V. Postanowienia końcowe**
- Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia lub zamknięcia postępowania
poza ustawą na każdym jego etapie bez podania przyczyny.
- Zamawiający może żądać od Wykonawcy dodatkowych wyjaśnień.
- Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Wykonawca.
- Do spraw nieuregulowanych w niniejszym zaproszeniu mają zastosowanie przepisy
ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2018r.
poz. 1360).
Integralną część niniejszego zaproszenia stanowią następujące załączniki:
Załącznik nr 1 – Formularz cenowy- opis przedmiotu zamówienia
Załącznik nr 2 – Projekt umowy

Z poważaniem
Z up.
mgr Jolanta Mazur

1



tel.: 15 8433 205
fax: 15 8420 672
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com
www.szpital-stw.com



Alt