



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/ 229 ZP/ 2018 r.

Stalowa Wola ,dnia 19.01.2018 r.

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NA :

Cykliczne dostawy jednorazowego zamkniętego systemu pobierania krwi wraz z dzierżawą analizatora do automatycznego oznaczania OB dla potrzeb Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli na okres jednego roku licząc od daty podpisania umowy.

I. Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli
ul. Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola;
NIP: 865-20-75-413, Regon: 000312567.

II. Opis Przedmiotu Zamówienia

szczegółowy opis zawiera Formularz cenowy **Załącznik nr 1**

III. Miejsce i data składania ofert:

Ofertę w formie pisemnej należy złożyć (osobiście / pocztą / kurierem) w Dziale Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, ul. Staszica 4; 37-450 Stalowa Wola; pokój nr 7 **do dnia 22.02.2018r do godz. 11:00.**

Na kopercie lub opakowaniu należy umieścić: dokładny adres Wykonawcy, nazwę postępowania: **Cykliczne dostawy jednorazowego zamkniętego systemu pobierania krwi wraz z dzierżawą analizatora do automatycznego oznaczania OB dla potrzeb Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli** oraz numer sprawy : poz. 229 ZP/2018

Dopuszcza się przesłanie oferty(scan oferty), w tym samym terminie **do dnia 22.02.2018r do godz. 11:00** z podpisem uprawnionej osoby na adres e-mail:zam-publ@szpital-stm.com a następnie oryginał w formie pisemnej pocztą.

IV . Otwarcie ofert nastąpi w dniu 22.02.2018r , o godzinie 11:30 w Dziale Zamówień Publicznych pokój. nr 7

V. Opis warunków i kryteriów wyboru Wykonawcy.

1. Wykonawca musi złożyć ofertę spełniającą wymagania zaproszenia do składania ofert oraz zgodne z opisem przedmiotu zamówienia -**Załącznik nr 1**
2. Oferta musi być podpisana przez osoby upoważnione.
4. Cena musi być podana w polskich złotych i być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku oraz być wartością netto i brutto
5. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najniższą ceną brutto.



Tel.: 15 843 32 05
fax: 15 842 06 72
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com
www.szpital-stw.com



Alta



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

Powiatowy Szpital Specjalistyczny

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

6. Cena podana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT.
7. Określone ilości są szacunkowe mogą ulec zmianie w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego.
8. Wykonawca wyraża zgodę na **60-dniowy** termin płatności.

Postanowienia końcowe

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia negocjacji cenowych w zakresie złożonych ofert oraz unieważnienia lub zamknięcia postępowania o udzielenie zamówienia, na każdym jego etapie bez podania przyczyny.
2. Zamawiający może żądać od Wykonawcy dodatkowych wyjaśnień lub uzupełnienia nieprzedłożonych dokumentów.
3. Do spraw nieuregulowanych w niniejszym Zaproszeniu mają zastosowanie przepisy : ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r. poz. 121) oraz ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 101 z późn. Zm.).
4. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Wykonawca.

Integralną część niniejszego Zaproszenia stanowią następujące załączniki :

- Formularz ofertowy
- Formularz cenowy- **Załącznik nr 1**
- Pełnomocnictwo do podpisania umowy
- Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

DYREKTOR SZPITALA
Powiatowy Szpital Specjalistyczny
w Stalowej Woli

Edward Syrmacz

Z poważaniem



Tel.: 15 843 32 05
fax: 15 842 06 72
e-mail: sekretariat@szpital-stw.com
www.szpital-stw.com

