



SCM sp. z o. o.

## STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup  
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Kup, dn. 11 czerwca 2018r.

Szpital Pulmonologiczno  
-Reumatologiczny w Kup  
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny  
w Pokoju  
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium  
w Chróścicach (POZ)  
Tel/fax 77/469-52-35

### Zapytanie ofertowe o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro

W imieniu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie dostawy obuwia profilaktycznego dla pracowników SCM Sp. z o. o.

#### 1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

- 1.1. Wkładka i cholewka (wierzch) z naturalnej skóry, kolor biały,
- 1.2. Obuwie typu saboty - klapki z zabudowanym przodem (zamknięte palce), z profilem ortopedycznym, perforowany wierzch, pasek do regulacji tęgości, pasek na piętę, szycie **nieklejone**,
- 1.3. Spód - PU (poliuretan), antypoślizgowy
- 1.4. Obuwie damskie - wysokość podeszwy pod piętą: około 4 cm,
- 1.5. Obuwie męskie - wysokość podeszwy: 2-3 cm,
- 1.6. Dostępne rozmiary damskie: 34 - 42,
- 1.7. Dostępne rozmiary męskie: 42 - 48,
- 1.8. Okres gwarancji na oferowany asortyment min. 24 miesiące od daty dostawy,
- 1.9. Czas skutecznej naprawy lub wymiany na wolny od wad -7 dni od zgłoszenia,
- 1.10. W przypadku wybrania oferty, przed złożeniem zamówienia dostarczenie zamawiającemu po 1 parze każdego rozmiaru w poszczególnych pozycjach asortymentu, w celu umożliwienia Zamawiającemu określenia wielkości zamówienia w poszczególnym asortymencie i rozmiarach,
- 1.11. Oferowany asortyment winien spełniać wymogi PN-EN 347 lub równoważne.

2. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
3. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
4. Termin realizacji – **w ciągu 30 dni od daty złożenia zamówienia.**
5. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
6. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
7. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących oferty. Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego jest **Teresa Lisek, tel. 77 403 28 64**,
8. **Oferty należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup lub przesłać na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu - w terminie do dnia **18 czerwca 2018r.**, do godziny **12<sup>00</sup>****
9. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia **20 czerwca 2018r.**
10. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH ZAKUPÓW  
  
mgr Ewa Jonien

