



Kup, dn. 9 maja 2023 r.

**Zapytanie ofertowe**  
o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych  
równowartości kwoty 130 000 zł

W imieniu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty w zakresie **dostawy naczyń i pojemników jednorazowego użytku.**

**1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

- 1.1. Sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego – (wraz z transportem i rozładunkiem w magazynie Zamawiającego) towarów tj. naczyń i pojemników jednorazowego użytku, wymienionych i opisanych asortymentowo i ilościowo w **formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do zapytania.**
- 1.2. Ilości towarów, podane w formularzu oferty, stanowiące przewidywany zakres dostaw w okresie **6 miesięcy** od daty podpisania umowy – mają charakter orientacyjny i będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umownej.
- 1.3. Rzeczywista ilość towarów, zlecona do dostawy w ww. okresie może różnić się od ilości określonych w formularzu cenowym. Zamawiający zapłaci za ilości rzeczywiście zamówionych i dostarczonych towarów, przy zastosowaniu cen jednostkowych określonych w ofercie.
- 1.4. Oferowane towary - pojemniki jednorazowego użytku, winny być styropianowe do transportu posiłków, do serwowania porcji na wynos: zupy, II dania, śniadania i kolacje. wytrzymałe, utrzymujące właściwą temperaturę dań, odporne na zgniecenia.
- 1.5. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się sukcesywnie, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/mailowym zgłoszeniu.
- 1.6. Dostawy winny odbywać się w dni robocze (oprócz sobót) transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający oczekuje dostaw poszczególnych partii towarów do lokalizacji w **Szpitalu Pulmonologiczno-Reumatologicznym w Kup, Karola Miarki 14, 46-082 Kup**
- 1.7. Dostawy partii przedmiotu zamówienia winny być realizowane **w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia zamówienia** w godzinach od **8:00 do 14:00.**

**2. Załączniki:**

- 2.1. Załącznik nr 1 - Formularz oferty.
  - 2.2. Załącznik nr 2 - Formularz cenowy.
  - 2.3. Załącznik nr 3 - Projekt umowy.
3. Termin realizacji – **w ciągu 6 miesięcy od daty podpisania umowy.**
4. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%.**
5. **Informacje dodatkowe:**

- a) Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert lub produktów.
- b) Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
- c) Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego – Ewa Jonienc tel. 77) 403 28 60, kom. 501-103-989,
- d) Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny, przesłać za pośrednictwem poczty lub posłańca na adres: SCM Sp. z o. o., ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu) - w terminie do dnia **15 maja 2023 r. do godz. 11:00**
- e) Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIENI PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW  
  
mgr Ewa Jonienc