



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. 14 września 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 Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie **dostawy wyrobów medycznych i art. jednorazowego użytku na potrzeby SCM Sp. z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest Dostawa do siedziby Zamawiającego - (wraz z transportem i rozładunkiem w magazynie sprzętu medycznego) towarów wymienionych w **formularzu cenowym**.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. Ilości towarów, podane w formularzu cenowym, stanowiące przewidywany zakres dostaw w okresie **11 miesięcy od daty podpisania umowy** – mają charakter orientacyjny – stanowią ilości szacunkowe a faktyczna ilość i zakres dostaw wynikać będzie z bieżących potrzeb Zamawiającego, określonych w przesyłanych Wykonawcy zamówieniach. Podane w formularzu cenowym orientacyjne ilości towarów będą stanowić podstawę do ustalenia ceny ofertowej, a w przypadku oferty najkorzystniejszej do określenia orientacyjnej wartości umowy.
4. 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 – formularzu cenowym.
5. Oferowane produkty stanowiące przedmiot zamówienia winny być dopuszczone do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych co oznacza, że winno zostać dokonane Zgłoszenie/Powiadomienie/Wpis do Rejestru Produktów Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dla każdej zaoferowanej pozycji asortymentowej będącej wyrobem medycznym, a tym samym Wykonawca winien dysponować formularzami Zgłoszenia/Powiadomienia/Wpisu do Produktów Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych potwierdzającymi ten fakt.
6. Wymaga się opisu na opakowaniach indywidualnych: data produkcji, data ważności, nr. serii, pojemność, długość, rozmiar itp. Opisy w języku polskim.
7. Dostawy przedmiotu zamówienia winny odbywać się zgodnie z każdorazowym zamówieniem złożonym przez Zamawiającego, w pozycjach asortymentowych i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym/faxem zgłoszeniu i **obejmować całość złożonego zamówienia**.
8. Dostawy winny odbywać się **w dni robocze**, w godzinach od **8:00 do 14:00**, **w terminie do 4 dni od momentu zgłoszenia zamówienia**.





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

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



9. Dostawy winny odbywać się transportem Wykonawcy i na jego koszt. Wniesienie towaru do magazynu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający oczekuje dostaw towaru do lokalizacji w **Szpitalu Pulmonologiczno-Reumatologicznym w Kup, ul. K. Miarki 14, 46-082 Kup**
10. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych w zakresie zestawów nr **1-7** i każdej pozycji z osobna zestawu nr **8**.
11. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
12. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
13. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
14. Termin realizacji – **w ciągu 11 miesięcy od daty podpisania umowy**.
15. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
16. **Informacje dodatkowe:**
  - 16.1. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych. Można złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji zestawów od 1 do 7 oraz w zakresie każdej pozycji z osobna zestawu nr 8.
  - 16.2. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
  - 16.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
  - 16.4. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
    - a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Agnieszka Sieczka**, tel. 77 40 32 869,
    - b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 501 103 989,
  - 16.5. Ofertę 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](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu) - w terminie do dnia **24 września 2018r.**, do godziny **14<sup>00</sup>**
  - 16.6. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 28 września 2018r.
  - 16.7. 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  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW  
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz OFERTA,
2. Formularz cenowy,
3. Projekt umowy.