



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. 17 kwietnia 2019r.

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 Zamawiającego, Stobrowskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie **dzierżawy i serwisowania drukarek**.

1. Przedmiotem zamówienia jest dzierżawa w okresie 48 miesięcy (serwis + tonery + wydruki wg stanów) dla następujących **monochromatycznych urządzeń w ilości 39 szt.:**
  - a) drukarka - format A4; złącze USB; złącze RJ-45;
  - b) pojemność odbiornika papieru min. 100 kartek;
  - c) prędkość druku: standard min. 40 str./minutę, duplex min. 20 str./minutę;
  - d) automatyczny druk dwustronny (duplex);
  - e) podajnik ręczny na recepty o wymiarach: 90mm x 200mm.
2. Drukarki powinny automatycznie wysyłać stany liczników na koniec miesiąca.
3. Zamawiający wymaga aby części do drukarek, takie jak: bębny, tonery czy utrwalacze termiczne były oryginalne (producent drukarki).
4. Oferta powinna zawierać następujące informacje:
  - a) Pełną nazwę drukarki,
  - b) Miesięczną opłatę ryczałtowa za drukarkę,
  - c) Cena wydruku jednej strony mono (format A4),
  - d) Potwierdzenie, że obsługa serwisowa urządzeń zawiera: naprawę, konserwację, części oraz dojazd do zamawiającego,
  - e) W przypadku braku możliwości naprawy powyżej 2 dni zapewnienie o dostarczeniu urządzenia zastępczego o podobnych lecz niegorszych parametrach,
  - f) Koszt dostawy/installacji/szkolenia,
  - g) Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki,
  - h) Termin płatności (min. 14 dni),
  - i) Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotowych usług wg. którego zostanie podpisana umowa po zatwierdzeniu jej postanowień przez Zamawiającego.
5. Termin realizacji – **maksymalnie w ciągu 48 miesięcy od daty podpisania umowy.**
6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **wartość oferty = 100%**.
7. Informacje dodatkowe:
  - a) Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
  - b) Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
  - c) Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego jest **Michał Dańkowski**, tel. **501 103 910**
  - d) 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 **25 kwietnia 2019r.**
  - e) Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 29 kwietnia 2019r.
  - a) 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 Jonec

Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

KRS: 0000514922 NIP: 9910498289 REGON: 530938517

Wysokość kapitału zakładowego: 11 900 000 PLN ( w pełni wpłaconego )

Numer Rachunku Bankowego: 67 1540 1229 2001 4603 4005 0001