



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. 29 maja 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, Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie sukcesywnej **dostawy opatrunków dla potrzeb SCM Sp. z o. o.**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa opatrunków do apteki szpitalnej.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – zgodnie z formularzem cenowym.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Należy złożyć ofertę w zakresie wszystkich pozycji wymienionych w formularzu cenowym.
4. W ofercie należy podać gwarancję stałości ceny oraz termin płatności za dostarczoną partię towaru.
5. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
6. Formularz cenowy stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
7. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotowych dostaw stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
8. Termin realizacji zamówienia - **w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
9. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
10. Informacje dodatkowe:
 - a) Zamawiający może zwrócić się do Oferentów z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
 - b) Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - c) Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: Ewa Filipp tel. 77 403 28 40,
 - 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 - w terminie do dnia **7 czerwca 2019r.** - wraz z formularzem cenowym zgodnym z wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do niniejszego zapytania.
 - e) Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 12 czerwca 2019r.
 - f) 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

Ewa Joniec
mgr Ewa Joniec

Załączniki:

1. Formularz oferty
2. Formularz cenowy
3. Projekt umowy