

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
62-504 Konin
ul. Szpitalna 45
tel. (063) 240-40-00; 240-41-33
fax (063) 240-41-34
Regon 000311591 NIP 665-104-26-75
.....(9).....

(pieczętka zamawiającego)

Konin dn. 2016-06-01

ZAPYTANIE OFERTOWE WSZ-EP-12/ZO/2016

(Niniejsze zapytanie nie stanowi zapytania ofertowego w rozumieniu przepisów ustawy PZP,
Przeprowadzone w oparciu o Regulamin udzielania przez WSZ w Koninie zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane o wartości nie przekraczającej równowartości kwoty 30.000 euro netto)

Zwracamy się z prośbą o przedstawienie swojej oferty na niżej podany przedmiot zamówienia

I. Nazwa Przedmiotu zamówienia

Dostawa systemu do przedniej i tylnej reperacji przepony moczowo-płciowej oraz zestawu do leczenia wysiłkowego nie trzymania moczu dla potrzeb WSZ w Koninie.

Przedmiot zamówienia został podzielony na 3 pakiety – dopuszcza się składanie ofert częściowych.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1.

II. Termin realizacji zamówienia:

12 miesięcy

III. Kryterium oceny ofert:

- cena 100 %

IV. Oferta powinna zawierać:

1. Wypełniony formularz ofertowy (załącznik nr 1),
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert,
3. W celu potwierdzenia że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom postawionym przez Zamawiającego Wykonawca ma obowiązek złożyć: opisy i fotografie produktów, potwierdzające wymagane parametry dla przedmiotu zamówienia, które mają zostać dostarczone, których autentyczność musi zostać poświadczona przez wykonawcę na żądanie zamawiającego;

Opisy produktów mają zawierać:

1) dla taśm:

-rodzaj materiału

-rodzaj igły

2) dla siatek :

-rodzaj materiału – lekkość, gramatura

-rodzaj igły – grubość

-sposób zakładania produktu

-rodzaj zaczepu do przeciągania nici.

V. Uwaga:

1. Na wszystkich załączonych do oferty opisach produktu należy wyraźnie – zaznaczyć, którego pakietu dokument ten dotyczy.
2. Dokumenty należy złożyć w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
3. Oferta musi być podpisana przez osoby umocowane do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy. Umocowanie do złożenia oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono wprost z innych dokumentów załączonych do oferty.
5. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, trwale zespolona, strony ponumerowane.
6. OFERTY NIESPEŁNIAJĄCE WARUNKÓW ZOSTANĄ ODRZUCONE.

VI. Ofertę prosimy dostarczyć do dnia 09.06.2016r. do godziny 10.00

Na adres:

**Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie ul. Szpitalna 45, budynek D II piętro,
Kancelaria pokój 3/13 z dopisaną adnotacją: „ZAPYTANIE OFERTOWE NR 12 NIE
OTWIERAĆ PRZED 09.06.2016 r. DO GODZ. 11.00”**

Zapytania można kierować na adres szp@szpital-konin.pl do dnia 04.06.2016 r.

Odpowiedzi zostaną umieszczone na stronie do dnia 06.06.2016 r.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 09.06.2016 r. o godz. 11.00 w pokoju 3/43

VII. O wynikach postępowania Zamawiający poinformuje wykonawców mailem i na stronie

internetowej www.szpital-konin.pl/ Zakupy i przetargi/zapytania ofertowe. W przypadku, gdy wyłoniony Wykonawca będzie uchylał się od podpisania umowy, Zamawiający uprawniony jest do podpisania umowy z wykonawcą następnym w kolejności.

VIII. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego bez podania przyczyny aż do momentu podpisania umowy – bez żadnych roszczeń ze strony wykonawców.

Kierownik
Działu Zamówień Publicznych
2016-06-01
Bogusława Sajrańska
mgr Bogusława Sajrańska

(data i podpis osoby sporządzającej)

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
2016-06-01
Dorota Kotecka
Dorota Kotecka
zatwierdził

Załączniki:

1. Formularz asortymentowo-cenowy – załącznik 1
2. Projekt umowy 12/ZO/2016 - załącznik nr 2

AG
Kierownik
Działu Zamówień Publicznych