LF /405/11-01/2022/23

ZAPROSZENIE

Wrocław dnia 08.11.2022 r.

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej,
ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław,
KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384,
tel. 71 306 41 01(13)

ZAPRASZA DO SKŁADANIA OFERTY CENOWEJ
na podst. art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

1. **Opis przedmiotu zamówienia**

1) Przedmiotem zamówienia jest dostawa na Obłożenia i podkłady jednorazowe, w szczególności zestawy (39518000-6;19520000-7).
2) Zamawiający wymaga dołączenia do oferty asortymentowo-cenowej opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane parametry.
3) Jako odrębny załącznik nr 2 , Zamawiający zamieścił projekt umowy, która określa warunki umowne realizacji przedmiotowego zamówienia. Przewidywany okres zawarcia umowy 3 miesięce.

2. **Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:**

1) Wypełniony, podpisany i opieczętowany :
   a/ formularz asortymentowo-cenowy -załącznik nr 1,
   b/ formularz oferty -załącznik nr 3,
2) Wypełniony i zaparafowany wzór umowy – załącznik nr 2,
3) Aktualny wpis do właściwego rejestru , uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym (potwierdzony za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę),
4) Oświadczenie Wykonawcy, że oferowane wyroby medyczne są dopuszczone w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych do obrotu i stosowania na terenie RP,
5) Dołączenie opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta potwierdzające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane w formularzu parametry.

Uwaga ! W przypadku braku w w/w materiałach podanej nazwy producenta, Zamawiający dopuszcza jej potwierdzenie poprzez złożenie oświadczenia. Wskazana nazwa producenta w złożonym oświadczeniu powinna być tożsama z nazwą producenta wskazaną w „Formularzu asortymentowo-cenowym".

3. **Miejsce i termin złożenia oferty cenowej**

Ofertę cenową należy złożyć w terminie **do dnia 15.11.2022 r do godziny 13:00** w formie:
1) pisemnej na adres : Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław. Ofertę należy umieścić w zaklejonej kopercie. Koperta powinna posiadać **dopisek „zapytanie ofertowe- apteka szpitalna"**.

lub

2) drogą elektroniczną na adres :apteka@szpital-marciniak.wroclaw.pl z dopiskiem LF/405

4. **Kryterium**

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną.

5. **Termin związania z ofertą**

Wykonawca jest związany swoją ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

6. **Informacje o wyborze najkorzystniejszej oferty cenowej** Zamawiający zamieści na stronie internetowej w terminie 5 dni roboczych liczonych od upływu zatwierdzenia rozstrzygnięcia przez Dyrekcję Szpitala.

Załączniki do niniejszego Zaproszenia:
1. Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 1

Sporządziła Amelia Polus

LF /405/11-01/2022/23

2. Wzór umowy - załącznik nr 2
3. Formularz oferty - załącznik nr 3

Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa
lek. Jacek Kubica
specjalista chirurg

Sporządziła Amelia Polus

Kierownik Apteki
mgr farm. [illegible]