

# ZAPROSZENIE

Wrocław dnia 20.02.2017r.

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. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

### 1. Opis przedmiotu zamówienia

- 1) Przedmiotem zamówienia jest dostawa pieluchomajtek dla dorosłych, których parametry szczegółowo opisano w formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do zaproszenia. (CPV 33771200-7).
- 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 miesiące.

### 2. Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:

- 1) Wypełniony, podpisany i opieczetowany :  
-formularz asortymentowo-cenowy -załącznik nr 1,  
-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 zawierające 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 24.02.2017r do godziny 14:00** 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](mailto:apteka@szpital-marciniak.wroclaw.pl)

### 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 Dyрекcję Szpitala.

Załączniki do niniejszego Zaproszenia:

1. Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 1
2. Wzór umowy - załącznik nr 2
3. Formularz oferty – załącznik nr 3

Kierownik Apteki

*mgr farm. Urszula Wirska*

Zastępca Dyrektora  
ds. leczenia

lek. med. Małgorzata Ziombka

*Uwaga*