

Gniezno, dnia 19.06.2018

Znak sprawy: 25/U/2018

Zaproszenie

do złożenia oferty w postępowaniu o wartości poniżej 30.000 Euro na udzielenie zamówienia

Dostawa druków medycznych

I. Opis przedmiotu zamówienia:

Dostawa druków medycznych, zgodnie z wykazem asortymentowym stanowiącym załącznik nr 1 do zaproszenia. Termin dostawy max. 5 dni od daty zgłoszenia zamówienia. Zamówieniem jest każde pojedyncze zapotrzebowanie Zamawiającego, przesłane Wykonawcy za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail wraz z plikiem PDF zawierające wybrane pozycje (wiersze) opisu przedmiotu zamówienia z załącznika nr 1, wynikające z bieżącego zapotrzebowania Zamawiającego. Dostawa każdego zamówienia zostanie zrealizowana przez Wykonawcę (w opakowaniu zapewnionym przez Wykonawcę) własnym transportem (wraz z rozładunkiem i wniesieniem przedmiotu zamówienia) do miejsca (pomieszczenia) wskazanego przez Zamawiającego w zamówieniu tj, do magazynu Zamawiającego znajdującego się na I piętrze, na jego ryzyko i w ramach wynagrodzenia określonego przez Wykonawcę. Zastrzega się zmianę wzorów druków w przypadku zmian ogłoszonych w Dzienniku Ustaw.

II. Zamawiający:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, 62-200 Gniezno ul. Poznańska 15,
tel. /061/ 423 86 71, fax /061/ 423 86 97

| | |
|--------------------------------|---|
| Termin wykonania zamówienia: | od 01.08.2018r. o 31.07.2019r. |
| Termin płatności: | 60 dni od otrzymania faktury |
| Termin składania ofert upływa: | 27.06.2018 r. godz. 10:00 |
| Miejsce składania ofert: | Sekretariat szpitala - budynek Administracji Gniezno, ul. Poznańska 15 |
| Termin otwarcia ofert: | 27.06.2018 r. godz. 11:00 |

III. Kryterium oceny ofert – cena 100%.

IV. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego zaproszenia.

Oferta złożona w formie pisemnej powinna być opakowana w kopercie z oznaczeniem „**oferta na dostawę druków medycznych**”

lub drogą mailową na adres barbara.drozd@dziekanka.net

Osoba uprawniona do kontaktów: Barbara Drożdż tel. /061/ 423 86 71,

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 1- opis przedmiotu zamówienia
3. Wzór umowy

Zatwierdził:



DYREKTOR SZPITALA

Marek Czaplicki