

**Znak sprawy: 18/U/2020**

### *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

Termin wykonania zamówienia:	<b>od 01.08.2020r. o 31.07.2021r.</b>
Termin płatności:	60 dni od otrzymania faktury
Termin składania ofert upływa:	<b>09.06.2020 r. godz. 10:00</b>
Miejsce składania ofert:	Sekretariat szpitala - budynek Administracji Gniezno, ul. Poznańska 15
Termin otwarcia ofert:	09.06.2020 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.drozdż@dziekanka.net](mailto:barbara.drozdż@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*