

Gniezno, dnia 18.11.2021

**Znak sprawy: 41/U/2021**

### **Zaproszenie**

**do złożenia oferty w postępowaniu o wartości poniżej 130.000 złotych na udzielenie zamówienia**

**Dostawa odczynników do diagnostyki chorób autoimmunologicznych i infekcji  
z dzierżawą analizatora**

#### **I. Opis przedmiotu zamówienia:**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz wymagania dotyczące analizatora zawarty jest w załącznikach nr 1 i nr 2. Wykonawca winien posiadać wszelkie wymagane prawem dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie kraju dla oferowanego asortymentu, wymagane dołączenie do oferty deklaracji zgodności CE na oferowany wyrób.

#### **II. Zamawiający:**

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

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Termin wykonania zamówienia:   | <b>01.01.2022r. do 31.12.2022r.</b>                                       |
| Termin płatności:              | 60 dni od otrzymania faktury  |
| Termin składania ofert upływa: | <b>25.11.2021 r. godz. 10:00</b>  |
| Miejsce składania ofert:       | Sekretariat szpitala - budynek Administracji<br>Gniezno, ul. Poznańska 15 |
| Termin otwarcia ofert:         | 25.11.2021 r. godz. 11:00   |

III. Kryteria 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 odczynników autoimmunologicznych z dzierżawą analizatora**”, z opisem danego pakietu lub w formie maila na adres [barbara.drozd@dziekanka.net](mailto:barbara.drozd@dziekanka.net)

Osoba uprawniona do kontaktów: Barbara Drożdż tel. /061/ 423 86 71,  
[barabara.drozd@dziekanka.net](mailto:barabara.drozd@dziekanka.net) , oraz Magdalena Maciejewska – kierownik Laboratorium  
tel. /061/ 423 85 53.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Opis przedmiotu zamówienia – nr 1 i nr 2
3. Wzór umowy

Zatwierdził:

DYREKTOR SZPITALA

*Marek Czaplicki*