

Gniezno, dnia 07.03.2023

**Znak sprawy: 12/U/2023**

### **Zaproszenie**

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

#### **Dostawa tuszów i tonerów**

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

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w załączniku nr 1. Termin dostawy przedmiotu zamówienia max. 3 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia. Zamawiający dopuszcza oferowanie produktów oryginalnych (produkowanych przez producenta) lub jakościowo równoważnych (zamienników). Przez zamiennik Zamawiający rozumie produkt kompatybilny ze sprzętem, do którego jest zamówiony, o parametrach nie gorszych w stosunku do oryginału (pojemność, wydajność i jakość oraz posiadać na opakowaniach zewnętrznych logo producenta, nazwę (typ, symbol) materiału, numer katalogowy, termin przydatności do użycia. Materiały nie mogą mieć śladów poprzedniego używania, uszkodzenia. Wykonawca zobowiązany jest do odbioru pojemników po zużytych tuszach i tonerach, po zgłoszeniu przez Zamawiającego( dotyczy wszystkich zużytych pojemników będących na stanie Zamawiającego).

##### **II. Zamawiający:**

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

Termin wykonania zamówienia: **od 01.04.2023r. do 31.03.2024r.**

Termin płatności: 60 dni od otrzymania faktury

Termin składania ofert upływa: **14.03.2023r. godz. 10:00**

Składanie ofert: [barbara.drozd@dziekanka.net](mailto:barbara.drozd@dziekanka.net)

Termin otwarcia ofert: 14.03.2023 r. godz. 10:30

IV. Kryteria oceny ofert: cena 100%

V. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego zaproszenia w postaci elektronicznej- na adres: [barbara.drozd@dziekanka.net](mailto:barbara.drozd@dziekanka.net).

Osoba uprawniona do kontaktów: Barbara Drożdż tel. /061/ 423 86 71,  
[barbara.drozd@dziekanka.net](mailto:barbara.drozd@dziekanka.net)

##### Załączniki:

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

Zatwierdził:

DYREKTOR SZPITALA

*Marek Czaplicki*