

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony  
z siedzibą w Częstochowie  
**Sekcja Zaopatrzenia i Transportu**  
tel./fax **34 370-21-25**

Częstochowa, dnia 29.03.2016r

### Zapytanie Ofertowe

na (nazwa, dostawy, usługi lub roboty budowlanej)

#### I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie  
przy ul. Mirowskiej 15

NIP: 949 17 63 544      REGON: 151586247      KRS: 0000026830

**Sekcja Zaopatrzenia i Transportu 34 370-21-25**

#### II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest; **Dostawa endoprotez -2 pakiety**  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: **zawarto w załączniku nr 1-opis przedmiotu zamówienia, formularzu asortymentowo-cenowym oraz umowie.**
2. Wymagana gwarancja .....
3. W celu realizacji zamówienia Zamawiający, przekaze Wykonawcy materiały w postaci .....
4. Zamawiający dopuszcza/nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
5. Zamawiający dopuszcza/nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
6. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania: **określone w załączniku nr 1**  
*\* pkt 3-7 wypełnić w razie potrzeby*

#### III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **2 miesiące od daty podpisania umowy.**

#### IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

#### V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: **Kancelaria Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15 Pawilon G, pokój nr 14** do dnia **05.04.2016** do godziny **12.00** z dopiskiem „**Zapytanie ofertowe DOSTAWA ENDOPROTEZ**”
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
4. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
5. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: [www.zsm.czyst.pl](http://www.zsm.czyst.pl) w dniu .....

#### VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

-cena -100%

## VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: **[zsm.czyst.pl](http://zsm.czyst.pl)** zakładka ***zapytania ofertowe***

## VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela:

Dariusz Kopczyński Z-ca dyr. ds. Lecznictwa tel. 34 370 21 21

oraz Kołek Cezary kierownik Sekcji Zaopatrzenia i Transportu tel. 34 370 21 25

E-mail: [logistyka@zsm.czyst.pl](mailto:logistyka@zsm.czyst.pl)

## IX. ZAŁĄCZNIKI

- opis przedmiotu zamówienia
- wzór Formularza Oferty
- projekt umowy
- formularz asortymentowo-cenowy

**ZATWIERDZAM**

**Dyrektor**

**Wojciech Konieczny**