SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH
18-100 ŁAPY, UL. KORCZAKA 23
NIP: 966-13-19-909 REGON: 050644804

centrala: 85 814-24-39 **fax: 85 814-24-54, 85 814-24-82**
sekretariat: 85 814-24-38 **e-mail: sekretariat@szpitallapy.pl**
zamówienia publiczne 85 814-24-26 **e-mail: przetargi@szpitallapy.pl**

Łapy, dnia 21.12.2015 r.

SP ZOZ VII/103/2015

ZAPYTANIE OFERTOWE

Tytuł: **Dostawa materiałów opatrunkowych i diagnostycznych do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach**

1. DANE ZAMAWIAJĄCEGO:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
18 – 100 Łapy
ul. Janusza Korczaka 23
tel. 85/814 24 39
fax. 85/814 24 82
www.szpitallapy.pl
e-mail: przetargi@szpitallapy.pl

Osoby do kontaktu: Elżbieta Boguska tel. 85 814 24 51 lub 608 45 50 65
Małgorzata Bartold – Kuryś tel. 85 814 24 57

2. TRYB UDZIELANIA ZAMÓWIENIA:
Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt.8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907) – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:
Przedmiotem zamówienia jest dostawa materiałów opatrunkowych i diagnostycznych wyszczególnionych w Załączniku nr 1 do Zapytania Ofertowego

4. RODZAJ OFERTY :
Zamawiający w niniejszym postępowaniu dopuszcza składanie ofert częściowych nie obejmujących wszystkich pakietów.

5. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:
12 miesięcy od podpisania umowy

6. KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY I ICH WAGA:
Cena – 100 %

7. TERMIN SKŁADANIA OFERT: **11.01.2016 r. do godz. 10:00**

8. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT:
Oferty stanowiące odpowiedź na zapytanie należy składać pisemnie,w zabezpieczonej kopercie, opisanej w następujący sposób:

nazwa i adres Wykonawcy

nazwa i adres Zamawiającego, z adnotacją:
„Oferta złożona w ramach Zapytania Ofertowego
na dostawę materiałów opatrunkowych i diagnostycznych
do SP ZOZ w Łapach"

bądź osobiście w:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach,
18 – 100 Łapy, ul. Janusza Korczaka 23 w sekretariacie pok.109

9. WAŻNOŚĆ OFERTY: Proszę w ofercie określić termin ważności oferty

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1	Formularz Asortymentowo - Cenowy
Załącznik nr 2	Formularz Ofertowy
Załącznik nr 3	Wzór Umowy

Z poważaniem

p.o. DYREKTOR
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach

Tadeusz Józef Gniazdowski