



**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
sekretariat: 85 814-24-38
zamówienia publiczne 85 814-24-26

fax: 85 814-24-54, 85 814-24-82
e-mail: sekretariat@szpitallapy.pl
e-mail: przetargi@szpitallapy.pl

Łapy, dnia 23.09.2015 r.

SP ZOZ VII/ 74 /2015

ZAPYTANIE OFERTOWE

Tytuł: Dostawa środków antyseptycznych i dezynfekcyjnych 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 środków antyseptycznych i dezynfekcyjnych 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: 06.10.2015 r. do godz. 10:00

8. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT:

Oferty stanowiące odpowiedź na zapytanie należy składać pisemnie, w zabezpieczonej kopercie, opisanej w nst. Sposób:

nazwa i adres Wykonawcy

**nazwa i adres Zamawiającego, z adnotacją:
„Oferta złożona w ramach Zapytania Ofertowego
na dostawę środków antyseptycznych i dezynfekcyjnych
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 |

p. o. Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Łapach


Tadeusz Gniazdowski