

Zapytanie ofertowe

Dotyczy: dostawa leku Enoxaparin, Teicoplanin oraz Dalteparin sodium dla Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich.
(Znak sprawy: ZOZ/15-ZO/09)

Postępowanie ma charakter otwarty i może w nim wziąć udział każdy Wykonawca, który spełnia określone w nim warunki.

Kod CPV: 33621100-0
33651100-9

- 1. Przedmiot zamówienia:** Na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy prawo zamówień publicznych oraz wewnętrznego Regulaminu Udzielania Zamówień Nieobjętych Ustawą o Zamówieniach Publicznych Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Opolskich prosi o przygotowanie oferty cenowej na dostawę leku Enoxaparin, Teicoplanin oraz Dalteparin sodium, zgodnie z *Formularzem Cenowym*, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Zapytania Ofertowego.
- 2. Wymagania szczegółowe dotyczące przedmiotu zamówienia:**
 - 2.1. Leki winne być dostarczane w oryginalnych, nienaruszonych opakowaniach.
 - 2.2. Zaoferowane leki winny figurować w Urzędowym Wykazie Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce.
- 3. Termin realizacji zamówienia:** 4 m-ce od dnia zawarcia umowy.
- 4. Wymagania podmiotowe:** Wykonawca powinien przedłożyć wraz z ofertą aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 5. Wymagany – minimalny – termin płatności:** 75 dni od dnia doręczenia faktury Zamawiającemu.
- 6. Termin złożenia oferty – do dnia 11.01.2010 do godz. 15:00**
Zamawiający uzna, że termin został dochowany w przypadku przesłania do dnia 11.01.2010r., wymaganych dokumentów faksem, pod warunkiem niezwłocznego dostarczenia dokumentów w oryginale.
- 7. Kryterium oceny ofert:** cena – 100%
- 8. Termin związania ofertą:** 30 dni.
- 9. Kontakt telefoniczny:** Bogdan Ploch – Przewodniczący Komisji ds. oceny ofert,
tel. 077/461 32 91-5 wew. 480

10. Załączniki:

- 1) Formularz: *Druk Ofertowy*.
- 2) Formularz: *Formularz Cenowy*.
- 3) Projekt umowy.

11. Dokumenty jakie powinien dostarczyć Wykonawca:

- 1) Wypełniony formularz – *Druk Ofertowy* (zał. 1)
- 2) Wypełniony formularz – *Formularz Cenowy* (zał. 2)
- 3) Odpis z właściwego Rejestru.

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.

Z poważaniem:

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
z siedzibą
w Strzelcach Opolskich
Beata Czempiel

Nasz adres:

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Opolska 36 a

47-100 Strzelce Opolskie

tel. 077/461-32-91 do 5.

fax. 077/461-27-63

strona internetowa: www.szpital.strzelce-op.pl

Rozdzielnik:

- 1) Publikacja na stronie internetowej Zamawiającego.