

ZPZ/240/S/ 119 /2024

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dla zamówienia publicznego o wartości nieprzekraczającej kwoty określonej w art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.)

Zamawiający: Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

zaprasza do złożenia ofert na:

Zakup i dostawę:

1. Ustniki do spirometrii do aparatu Spirometr Micro 5000 – 800 sztuk

2. Ustniki do analizatora tlenu azotu FeNo - 600 sztuk

3. Filtr antybakteryjny do oscylometru RESMON Pro – 400 sztuk

1. Przedmiot zamówienia:

- Opis w załączniku nr 1 – Formularz cenowy

2. Termin realizacji zamówienia:

Realizacja w ciągu 12 m-cy na każdorazowe zamówienie.

3. Warunki realizacji zamówienia:

- Termin płatności: **60 dni** licząc od daty dostawy towaru i złożenia faktury VAT.
- Termin dostawy: realizacja zamówienia w terminie **5 dni**

4. Kryteria brane pod uwagę przy ocenie ofert:

- Cena – **100%**

5. Miejsce i termin złożenia oferty:

- Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie – Platforma Smart

- 2024-04-03, godzina 13:00

6. Termin otwarcia ofert: 2024-04-03, godzina 13:00

7. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami: Agnieszka Gwizdak tel. 178664761, faks 178664761, email: agwizdak@szpital2.rzeszow.pl

8. Sposób przygotowania oferty: przygotowaną ofertę proszę złożyć na Platformie Smart lub na adres email: agwizdak@szpital2.rzeszow.pl

9. Zamawiający zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru oferty, bez podania przyczyny.

.....
KIEROWNIK
Ośrodka Reumatologicznego
Świadczeń Zdrowotnych
KSW Nr 2 w Rzeszowie
Podpis osoby upoważnionej
lek. Witold Skrzęta

FORMULARZ OFERTY

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie ofertowe dotyczące

.....
składam ofertę następującej treści:

1. Oferujemy wykonania zamówienia na zasadach określonych w zapytaniu ofertowym za:
cenę brutto: zł
słownie:
2. Termin realizacji zamówienia:
.....
3. Warunki płatności:
.....
4. Nr r-ku bankowego:
- wskazany numer rachunku/rachunków musi być zgłoszony do ewidencji tzw. „białej listy” tj. numerów rachunków rozliczeniowych, o których mowa w art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe, lub imiennych rachunków w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, której podmiot jest członkiem, otwartych w związku z prowadzoną przez członka działalnością gospodarczą – wskazanych w zgłoszeniu identyfikacyjnym lub zgłoszeniu aktualizacyjnym i potwierdzonych przy wykorzystaniu STIR w rozumieniu art. 119zg pkt 6 Ordynacji podatkowej.
Właściwym Naczelnikiem urzędu skarbowego dla Wykonawcy jest(nazwa i adres)
.....
5. Przyjmujemy do realizacji postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.
6. Oświadczamy, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy i zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi zamawiający.
7. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
9. Oświadczamy, że posiadamy dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i używania zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 974).

.....
Podpis osoby upoważnionej

Załączniki do oferty:

1.
2.

FORMULARZ CENOWY

Lp.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)	Nazwa	Producent
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Ustniki do spirometrii do aparatu Spirometr Micro 5000	szt	800						
2.	Ustniki do analizatora tlenu azotu FeNo	szt	600						
3.	Filtr antybakteryjny do oscylometru RESMON Pro	szt	400						
4.	RAZEM	X	X						

.....
 /podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/