

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim**  
**ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**  
**1. 95-070 Aleksandrów Łódzki**

ZAPRASZA

do złożenia oferty udziału w rozpoznaniu cenowym w sprawie wykonywania :

**TESTÓW PODSTAWOWCH : MIESIĘCZNYCH, KWARTALNYCH I PÓŁROCZNYCH DLA APARATÓW CYFROWYCH RTG.**

(na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy – Prawo zamówień publicznych)

1. Ofertę należy złożyć:
  - 1) w formie pisemnej w siedzibie Zamawiającego, lub
  - 2) faksem na numer (42) **712-77-11**, lub
  - 3) w formie elektronicznej na adres **zamowienia@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**W ofercie należy podać nazwę i adres Zamawiającego, nazwę i adres Wykonawcy oraz napis:  
Rozpoznanie cenowe na: "**Przeprowadzanie testów podstawowych**"
2. Ceny podane w ofercie należy wyrazić cyfrą oraz słownie.
3. Oferta powinna być napisana czytelnie w języku polskim.
4. Opis przedmiotu zamówienia  
Przeprowadzanie testów podstawowych: miesięcznych, kwartalnych i półrocznych dla aparatów cyfrowych:
  - rtg stacjonarnego Mercury 332 firmy Villa Sistemi Medicali (w systemie CR)
  - rtg stomatologicznego, punktowego Planmeca Intra firmy Planmeca ( w systemie DR)
  - rtg stomatologicznego ,panoramicznego Planmeca Proline XC firmy Planmeca ( w systemie CR )Częstotliwość i rodzaj wykonywanych testów z godnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 roku.  
Na wykonywanie testów wymagana jest akredytacja Polskiego Centrum Akredytacji
5. Wymagany termin realizacji umowy **01.03.2016 r. – 28.02.2019 r.**
6. Wymagany termin płatności **14 dni od daty dostarczenia faktury/rachunku**
7. Przy wyborze propozycji do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium:  
**Najniższa cena**
8. Propozycja Wykonawcy ma zawierać następujące dokumenty:  
Formularz oferty według wzoru załączonego do zaproszenia, kopia akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji.
9. Cena podana przez Wykonawcę jest obowiązująca przez okres związania umową i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.
10. Zamawiający wybierze propozycję odpowiadającą wszystkim postawionym przez siebie wymogom, o najniższej cenie.
11. Termin złożenia oferty:  
Oferty należy złożyć w terminie do dnia **08.02.2016 .**, do godziny **12.00**
12. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami jest:  
Pan/Pani **Emila Kaczmarek 042 712-77-09 wew 46**
13. Informacje dotyczące zawierania umowy:  
niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający wyśle do Wykonawcy zamówienie/zlecenie/umowę w sprawie zamówienia.\*

Aleksandrów Łódzki, dnia 28.01.2016

Z UPOWAŻNIENIA DYREKTORA  
SP ZOZ W ALEKSANDROWIE ŁÓDZKIM  
  
Magdalena Dubowska  
GŁÓWNY KSIĘGOWY  
(w imieniu Zamawiającego)

W załączeniu:

- 1) Wzór formularza oferty

(\*) niepotrzebne skreślić