

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

ZAPRASZA

.....
.....

do złożenia oferty udziału w rozpoznaniu cenowym w sprawie dostawy sprzętu rehabilitacyjnego do poradni rehabilitacyjnej.

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

1. Ofertę należy złożyć:
 - 1) w formie pisemnej w siedzibie Zamawiającego, lub
 - 2) w formie elektronicznej na adres **dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**
2. W ofercie należy podać nazwę i adres Zamawiającego, nazwę i adres Wykonawcy oraz napis: Rozpoznanie cenowe na: "dostawę sprzętu rehabilitacyjnego do poradni rehabilitacyjnej"
3. Ceny podane w ofercie należy wyrazić cyfrą oraz słownie.
4. Oferta powinna być napisana czytelnie w języku polskim.
5. Opis przedmiotu zamówienia:
 - Część 1:** Aparat do krioterapii – 2 szt.,
 - Część 2:** Aparat do terapii impulsowym polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości – 2 szt.,
 - Część 3:** Aparat do terapii ultradźwiękowej – 1 szt.
6. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oferty częściowej.
7. Wymagany termin realizacji zamówienia: W przypadku sprzętu określonego w części 1 i 2 – do 6 tygodni od dnia podpisania umowy, w przypadku sprzętu o którym mowa w części 3 – do 10 dni od dnia podpisania umowy.
8. Wymagany termin płatności: 30 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury VAT.
9. Propozycja Wykonawcy ma zawierać następujące dokumenty:
 - 1) Formularz oferty wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia według wzoru załączonego do zaproszenia – załącznik nr 1 do zapytania
10. Zamawiający wybierze propozycję odpowiadającą wszystkim postawionym przez siebie wymogom, o najniższej cenie wg. następującego wzoru:
Kryterium „cena” – wskaźnik C, ranga – 100%.
Wskaźnik C obliczany jest wg wzoru:
$$C = (C_m / C_b) \times 100 \text{ pkt} \times 100\%$$
gdzie:
C m – najniższa cena oferty, C b – cena oferty badanej
11. Termin złożenia oferty:
Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 10 kwietnia, do godziny 14:00
12. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami jest:
Pani Katarzyna Pastusiak, tel 600 993 083
13. Numer CPV dotyczący przedmiotu zamówienia:
33.10.00.00-1 – urządzenia medyczne
33.15.80.00-2 – aparatura do terapii elektrycznej, elektromagnetycznej i mechanicznej
14. Informacje dotyczące zawierania umowy:
niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający wyśle do Wykonawcy umowę w sprawie zamówienia.

Aleksandrów Łódzki, dnia 31.03.2017 r.

DYREKTOR
SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim

.....
lek. med. Małgorzata Wiczyński
(w imieniu Zamawiającego)

W załączeniu:

- 1) Wzór formularza oferty wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia – załącznik nr 1 do zapytania.