



Rawicz, dnia 19.03.2024r.

NLO-3820-06/ZO/24

## ZAPYTANIE OFERTOWE

### **Dotyczy:**

Zapytanie ofertowe – dot. „Zakup i dostawa gazów medycznych w butlach.”

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na „Zakup i dostawa gazów medycznych w butlach.”

### **1. ZAMAWIAJĄCY:**

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.  
Ul. Gen. Grota Roweckiego 6  
63-900 Rawicz  
NIP: 699-19-19-769

### **2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 3 oraz Załączniku nr 2 – (Formularz asortymentowo-cenowy) do niniejszego zaproszenia.

### **3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:**

3.1. Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP. Oferowane wyroby medyczne muszą posiadać oznakowanie CE. Każda z zaoferowanych pozycji powinna być możliwa do zidentyfikowania poprzez numer katalogowy umieszczony w odpowiednim miejscu w formularzu ofertowo-asortymentowym. Na potwierdzenie wymagań postawionych przez Zamawiającego Wykonawcy zobowiązani są do złożenia w ofercie **dokumentów** potwierdzających dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z:

- a) Ustawa z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (tj. (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301);
- b) Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 974).

### **4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**

01.04.2024 – 31.03.2025



Szpital Powiatowy  
w Rawiczu Sp. z o.o.

ul. Gen. Grotu Roweckiego 6, 63-900 Rawicz  
T: +48 65 546 24 13-16 (centra), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)  
F: +48 65 546 70 61, E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl  
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422  
Getin Noble Bank SA Nr konta: 51 1560 0013 2367 2722 7424 0001  
Kapitał zakładowy: 34 mln 835 tys. zł w całości opłacony



## 5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.

## 6. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Ofertę należy złożyć do dnia **25.03.2024 r. do godz. 12.00** na adres: **marta.czerwinska@szpitalrawicz.pl**

**Ofertę należy złożyć w formie elektronicznej. Oferta winna zostać opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

## 7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 Formularz ofertowy, do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
  - Formularz asortymentowo-cenowy (Załącznik nr 2)
  - zaakceptowany wzór umowy (Załącznik nr 4)
  - dokumenty wymienione w punkcie 3.1. ZO.

## 8. INFORMACJE DODATKOWE:

1. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
2. Termin płatności faktury 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. faktury.
3. Wykonawca zobowiązuje się po wyborze jego oferty do podpisania umowy (Załącznik nr 4).
4. Wykonawca zobowiązany jest wystawić Zamawiającemu fakturę w formie elektronicznej najlepiej w formacie kamssoft tekstowy (kodowanie: BLOZ). Faktury w formie elektronicznej należy przysyłać na adres email: [apteka-faktury@szpitalrawicz.pl](mailto:apteka-faktury@szpitalrawicz.pl). Dopuszcza się faktury w formacie pdf.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, bez podania przyczyny.

## 9. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego na adres: **marta.czerwinska@szpitalrawicz.pl**. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Marta Czerwińska tel. 65/537 62 24.

PREZES ZARZĄDU

  
Tomasz Paczkowski