



**Szpital Powiatowy
w Rawiczu Sp. z o.o.**

ul. Gen. Grotta Roweckiego 6, 63-900 Rawicz
T: +48 65 546 24 13-16 (centrala), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)
E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422
Bank Gospodarstwa Krajowego: 44 1130 1088 0001 3108 3620 0001
Kapitał zakładowy: 51 mln 215 tys. zł w całości opłacony



Rawicz, dn. 27.11.2025 r.

NLO-3820-32/ZO/25

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy:

Zapytanie ofertowe – „**Zakup i dostawa urządzeń potrzebnych do zabiegów artroskopowych**”.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na zakup i dostawę urządzeń potrzebnych do zabiegów artroskopowych dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

1. ZAMAWIAJĄCY:

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

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 4 do niniejszego zaproszenia.

3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:

Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dokumenty 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) Ustawie z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2024r. poz. 1620).

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Do **31.12.2025 r.**

5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.
Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

6. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Ofertę należy złożyć do dnia **03.12.2025 r. do godz. 12.00** na adres katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl.

7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia (Formularz ofertowy)
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć:
 - formularz asortymentowo- cenowy (Załącznik nr 2)
 - zaakceptowany wzór umowy (Załącznik nr 3)
 - dokumenty wymienione w punkcie 3 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 3).
4. Wykonawca zobowiązany jest wystawić Zamawiającemu fakturę w formie papierowej.

9. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego pisemnie na adres: katarzyna.krawczyk@szpitalrawicz.pl. Uprawniona do kontaktów z Wykonawcami jest Katarzyna Krawczyk tel. 65 537 62 24.