

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ

Przedmiot zapytania dotyczy:
Przeгляд okresowy aparatów medycznych

I. Zamawiający:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

ul. Żołnierska 18

10 – 561 Olsztyn

Strona: www.wss.olsztyn.pl

E-mail: zamowienia@wss.olsztyn.pl

Godziny urzędowania: 7.00 – 14.00

Telefon / fax: 089 53 86 228

II. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiot zamówienia obejmuje **przeгляд okresowy aparatów medycznych:**

Lp.	Nazwa	Producent	Nr fabryczny	Nr paszportu	Miejsce użytkowania
1	Monitor ciśnienia wewnątrzczaszkowego CAM 01	COMEF	MEM1103703	2400	Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2	Monitor ciśnienia wewnątrzczaszkowego CAM 01	COMEF	MEL1102603,2167	2401	Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii
3	Aspirator ultradźwiękowy Cusa Excel+	COMEF Serwis		3222	Sala Operacyjna Neurochirurgiczna (121)

W cenie oferty należy uwzględnić koszty dojazdu serwisu i koszty wysyłki aparatu do serwisu.

III. Termin wykonania zamówienia:

- do 7 dni od dnia udzielenia zamówienia

IV. Kryterium oceny ofert

Cena - 100%

V. Informacje o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Sporządzony przez wykonawcę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do zaproszenia, formularz ofertowy.

VI. Informacje dodatkowe:

Zamawiający w ramach prowadzonego postępowania zastrzega możliwość przeprowadzenia negocjacji w zakresie ceny.

Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia prowadzonego postępowania bez podania przyczyny.

VII. Osoby uprawnione do porozumiewania się z wykonawcami:

Osobą upoważnioną ze strony Zamawiającego do kontaktowania się z wykonawcami jest: Stanisława Masłowska – Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, tel. 0 89 53 86 228.

Ofertę cenową należy złożyć **do dnia 23.10. 2017 r. godz. 11:00** na adres:

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
ul. Żołnierska 16 B, pok. 2 / 9
10 – 561 Olsztyn**

z dopiskiem: **DZPZ/333/180/2017 – Przegląd okresowy aparatów medycznych** lub skan **oryginału dokumentów** wysłać na adres e-mail: zamowienia@wss.olsztyn.pl

VIII. Załączniki:

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

DYREKTOR WSS W OLSZTYNIE

Irena Kierzkowska
(Podpis osoby uprawnionej)