



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Wolica, dnia 30.04.2021r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (Zamawiający) zaprasza do złożenia oferty na **dostawę wirówki laboratoryjnej oraz sprzętu laboratoryjnego** w ramach Projektu pn. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19” spełniającego warunki przyznania dofinansowania w trybie określonym w art. 44 c ustawy o NCBR, w ramach naboru „Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19” na warunkach zawartych w niniejszym zapytaniu ofertowym.

1. **Nazwa zamówienia:** Dostawa wirówki laboratoryjnej oraz sprzętu laboratoryjnego dla Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza w ramach Projektu pn. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19”.
2. **Tryb i rodzaj udzielanego zamówienia:**
 - 2.1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest z wyłączeniem stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych - art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2019 poz. 2019 z późn. zmian.).
 - 2.2. Niniejsze zamówienie zostaje przeprowadzone zgodnie z zachowaniem zasady jawności, uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców.
 - 2.3. Rodzaj zamówienia: dostawa.
Przedmiot zamówienia dotyczy dostawy towaru sklasyfikowanego pod następującym kodem CPV:
38000000-5 - Sprzęt laboratoryjny, optyczny i precyzyjny
42931100-2 - Wirówki laboratoryjne i akcesoria
39711100-0 - Chłodziarki i zamrażarki
39711110-3 – Chłodziarkozamrażarki
38931000-0 - Testery temperatury i wilgotności
38437000-7 - Pipety i akcesoria laboratoryjne
3. **Zamawiający:**
Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe, woj. wielkopolskie, Polska
NIP: 968-06-65-587
Regon: 000314750
4. **Przedmiot zamówienia:**
 - 4.1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa wirówki laboratoryjnej oraz sprzętu laboratoryjnego na potrzeby Projektu pn. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19” realizowanego wspólnie przez WSZZOZ Chorób Płuc i



Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Centrum Zaawansowanych Technologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju z siedzibą w Warszawie.

4.2. Przedmiot zamówienia podzielono na trzy Części. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną liczbę części.

4.2.1. Część 1: dostawa wirówki laboratoryjnej - 1 szt.

o parametrach minimalnych:

- rotor 6-miejscowy wychyłkowy
- miejsce na 6 probówek 15 ml
- indywidualne ustawienie prędkości i czasu wirowania
- automatyczna kontrola braku wyważenia
- regulacja prędkości od 100 do 4000 obr/min
- gwarancja min 24 miesiące

4.2.2. Część 2: dostawa urządzeń chłodniczych z akcesoriami tj.:

a) lodówko-zamrażarka - 1 szt.

o parametrach minimalnych:

- klasa energetyczna - min. A++(E)
- pojemność chłodziarki min. 200l
- pojemność zamrażarki min. 80l
- poziom hałasu max. 39db
- sterowanie: elektroniczne
- sposób odszraniania (rozmrzania) chłodziarki i zamrażarki - No Frost
- gwarancja min 24 miesiące

b) lodówka do transportu próbek - 1 szt.

o parametrach minimalnych:

- min. zakres temperatur od +1°C do +15°C
- pojemność (brutto) min. 20l
- opcje zasilania: gniazdko sieciowe, gniazdko zapalniczki samochodowej
- termoelektryczny system chłodzenia
- możliwość regulacji temperatury
- waga netto: max. 10kg
- zastosowanie: transport medyczny
- w zestawie: lodówka, adapter do zasilania sieciowego, kabel do podłączenia pod gniazdko zapalniczki
- gwarancja min 24 miesiące

c) rejestrator temperatury - 2 szt.

o parametrach minimalnych (jednakowych dla każdego rejestratora):

- dokładność pomiaru: max. 0,3 °C (w zakresie od -10°C do +60°C), max. 0,5°C (w zakresie pozostałych temperatur)
- min. 4-krotny zapis temperatury w ciągu godziny
- powiadomienia o przekroczeniu temperatury, o zaniku zasilania, o przekroczeniu zakresu temperatur



- wzorcowanie czujnika (5-6°C) przez akredytowane laboratorium pomiarowe
- w zestawie min.: urządzenie pomiarowe, sonda, czujnik, osłona na sondę (metalowa bądź aluminiowa tuleja), oprogramowanie i aplikacja do zarządzania urządzeniem i przechowująca dane tj. czas, zakres zanotowanych temperatur,
- możliwość raportowania w postaci plików pdf, csv, txt, rtf.
- gwarancja min 24 miesiące

4.2.3. Część 3: dostawa urządzeń dozujących z akcesoriami:

- a) pipeta automatyczna o poj. 50 µl - 1 szt.
o parametrach minimalnych:
- demontowany wyrzutnik,
 - w całości autoklawowalna,
 - odporna na UV
 - kompatybilna z końcówkami typu "Gilson"
 - gwarancja min. 36 miesięcy.
- b) pipeta automatyczna o poj. 100 µl - 1 szt.
o parametrach minimalnych:
- demontowany wyrzutnik,
 - w całości autoklawowalna,
 - odporna na UV
 - kompatybilna z końcówkami typu "Gilson"
 - gwarancja min. 36 miesięcy.
- c) pipeta automatyczna o poj. 1000 µl - 1 szt.
o parametrach minimalnych:
- demontowany wyrzutnik,
 - w całości autoklawowalna,
 - odporna na UV
 - kompatybilna z końcówkami typu "Gilson"
 - gwarancja min. 36 miesięcy.
- d) pipeta automatyczna regulowana o poj. 100-1000 µl - 1 szt.
o parametrach minimalnych:
- demontowany wyrzutnik,
 - możliwość rekaliibracji,
 - blokada nastawy pojemności,
 - licznik4-cyfrowy,
 - w całości autoklawowalna,
 - odporna na UV
 - kompatybilna z końcówkami typu "Gilson"
 - gwarancja min. 36 miesięcy.
- e) statyw do pipet automatycznych - 1 szt.
o parametrach minimalnych:
- statyw liniowy 4-stanowiskowy z plexi.



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

- 4.3. Dostarczane towary winny posiadać deklarację zgodności lub certyfikat CE
- 4.4. Towary wymienione w pkt. 4.2.1 (wirówka) oraz 4.2.3 (pipety) winny być zakwalifikowane jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.
- 4.5. Dostarczane urządzenia winny być fabrycznie nowe, kompletne, nieużywane i wolne od wad prawnych i fizycznych. Zamawiający wyklucza dostawę towarów używanych, poleasingowych, powystawowych, po zwrotach itp.

5. Termin, czas i miejsce wykonania zamówienia:

- 5.1. Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia przedmiotu zamówienia w terminie
 - 5.1.1. w przypadku Części 1: do 30 dni kalendarzowych od dnia zamówienia do siedziby WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (miejsce dostawy wskazane przez Zamawiającego)
 - 5.1.2. w przypadku Części 2 i Części 3: do 14 dni kalendarzowych od dnia zamówienia do siedziby WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (miejsce dostawy wskazane przez Zamawiającego)
- 5.2. Koszt dostawy przedmiotu zamówienia do ww. miejsca winien być uwzględniony w koszcie realizacji przedmiotu zamówienia określonym w „Formularzu oferty”.
- 5.3. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia Wykonawca dostarczy niezbędne dokumenty dotyczące przedmiotu zamówienia, a w szczególności: karty gwarancyjne, instrukcje użytkowania (wymagane instrukcje w języku polskim), certyfikaty, deklaracje zgodności itp.

6. Warunki płatności:

- 6.1. Podstawę do rozliczenia stanowić będzie protokół odbioru przedmiotu zamówienia podpisany przez obie strony.
- 6.2. Płatność za wykonanie przedmiotu zamówienia nastąpi na podstawie faktury, w terminie 30 dni od daty jej otrzymania, z uwzględnieniem pkt 6.1.

7. Warunki udziału w postępowaniu:

Zamawiający nie określa warunków udziału w postępowaniu.

8. Kryteria oceny ofert.

- 8.1. Zamawiający dokona porównania ofert na podstawie kryterium – cena 100%.
- 8.2. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
- 8.3. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający poinformuje wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty, poprzez przesłanie w/w informacji na adres mailowy Wykonawcy podany w „Formularzu oferty”.
- 8.4. W przypadku gdy Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od realizacji zamówienia na warunkach określonych w ofercie Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i oceny.
- 8.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia lub unieważnienia niniejszego postępowania na każdym jego etapie, bez podania przyczyn, bez wyboru którejkolwiek ze złożonych ofert bądź prawo do ograniczenia przedmiotu zamówienia.
- 8.6. Zaproponowana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym cena brutto powinna zawierać wszelkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia. Ryzyko błędnej kalkulacji ceny w ofercie obciąża



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Wykonawcę.

8.7. Zamawiający nie będzie rozpatrywał ofert złożonych po terminie, o którym mowa w pkt 10.1 zapytania ofertowego.

9. Opis sposobu przygotowania ofert.

- 9.1. Wykonawca zobowiązany jest złożyć ofertę na „Formularzu oferty”, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
- 9.2. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie przez tego samego Wykonawcę więcej niż jednej oferty lub oferty zawierającej alternatywę realizacji przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie wszystkich złożonych przez niego ofert.
- 9.3. Oferta musi być sporządzona w języku polskim w sposób czytelny i trwały.
- 9.4. Oferta musi być podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentacji Wykonawcy (ujawnioną w odpowiednim rejestrze) lub posiadającą stosowne pełnomocnictwo (które w takim przypadku należy dołączyć do oferty). Złożony podpis musi być czytelny i umożliwiający identyfikację podpisującego (dopuszczalny podpis z pieczętką imienną).
- 9.5. Wszelkie poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone datą i podpisem osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji Wykonawcy.
- 9.6. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem oferty ponosi Wykonawca, niezależnie od wyniku postępowania.
- 9.7. Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

10. Termin składania ofert - dotyczy każdej części zamówienia.

10.1. Ofertę można przesłać:

10.1.1. profilem zaufanym ePUAP na elektroniczną skrzynkę podawczą Szpitala: /WSZZOZChPiG/SkrytkaESP. Oferta przesłana przez profil zaufany ePUAP musi być zgodna z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie lub

10.1.2. w formie pisemnej w zamkniętej, opieczetowanej kopercie zaadresowanej na adres Zamawiającego opatrzonej podpisem „Oferta na sprzęt laboratoryjny” za pośrednictwem poczty bądź kuriera lub w ww. formie dostarczyć osobiście na adres: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 07.05.2021r. do godz. 10:00.

10.2. Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona.

11. **Informacje o sposobie porozumiewania się:** pracownikiem uprawnionym do kontaktowania się z Wykonawcami jest: Emilia Fikus-Kuźnicka, e-mail: e.fikus@szpital.wolica.pl tel. 62/ 761 25 53

12. Informacje dodatkowe

12.1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany zapisów niniejszego zapytania przed upływem



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruzlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

terminu składania ofert.

12.2. Niniejsze zapytanie nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zlecenia realizacji zamówienia.

12.3. Nie prowadzi się indywidualnych negocjacji na temat cen, terminów wykonania zamówienia i terminów składania ofert, za wyjątkiem sytuacji, w której zostały złożone oferty o takiej samej cenie. Wówczas Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

Dyrektor
Wojewódzkiego Specjalistycznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruzlicy w Wolicy k/Kalisza
/../
lek. med. Sławomir Wysocki

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz oferty – **do wypełnienia**



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

....., dnia.....

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Zdrowotnych Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza**

FORMULARZ OFERTY

Składając ofertę na **dostawę wirówki laboratoryjnej oraz sprzętu laboratoryjnego dla Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza** w ramach Projektu pn. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19” , w imieniu reprezentowanego Wykonawcy tj.

.....
(należy podać nazwę, NIP i adres Wykonawcy np. w formie pieczęci)

oświadczam, iż:

1.Oferuję za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem i warunkami zawartymi w Zapytaniu ofertowym następujące ceny:

Część 1: dostawa wirówki laboratoryjnej					
Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	wirówka laboratoryjna	szt.	1		
Razem wartość netto [PLN]					
Podatek VAT [%]					
Wartość brutto [PLN]					



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Woliczy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Część 2: dostawa urządzeń chłodniczych z akcesoriami

Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	lodówko - zamrażarka	szt.	1		
2.	lodówka do transportu próbek	szt.	1		
3.	rejestrator temperatury	szt.	2		
Razem wartość netto [PLN]					
Podatek VAT [%]					
Wartość brutto [PLN]					

Część 3: dostawa urządzeń dozujących z akcesoriami

Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	pipeta automatyczna o poj. 50 µl	szt.	1		
2.	pipeta automatyczna o poj. 100 µl	szt.	1		
3.	pipeta automatyczna o poj. 1000 µl	szt.	1		
4.	pipeta automatyczna regulowana o poj. 100-1000 µl	szt.	1		
5.	stojak na pipety	szt.	1		
Razem wartość netto [PLN]					
Podatek VAT [%]					
Wartość brutto [PLN]					



2. Parametry:

Nazwa asortymentu	Parametr wskazany w zapytaniu	Parametr oferowany
Część 1: dostawa wirówki laboratoryjnej		
Wirówka laboratoryjna	rotor 6-miejscowy wychyłkowy	
	miejsce na 6 probówek 15 ml	
	indywidualne ustawienie prędkości i czasu wirowania	
	automatyczna kontrola braku wyważenia	
	regulacja prędkości od 100 do 4000 obr/min	
	gwarancja min 24 miesiące	
Część 2: dostawa urządzeń chłodniczych z akcesoriami		
Lodówka - zamrażarka	klasa energetyczna - min. A++(E)	
	pojemność chłodziarki min. 200l	
	pojemność zamrażarki min. 80l	
	poziom hałasu max. 39db	
	sterowanie: elektroniczne	
	sposób odszraniania (rozmrzania) chłodziarki i zamrażarki - No Frost	
	gwarancja min 24 miesiące	
Lodówka do transportu próbek	min. Zakres temperatur od +1°C do +15°C	
	pojemność (brutto) min. 20l	
	opcje zasilania: gniazdko sieciowe, gniazdko zapalniczki samochodowej	
	termoelektryczny system chłodzenia	
	możliwość regulacji temperatury	
	waga netto: max. 10kg	
	zastosowanie: transport medyczny	
	w zestawie: lodówka, adapter do zasilania sieciowego, kabel do podłączenia pod gniazdko zapalniczki	
	gwarancja min 24 miesiące	
rejestratory temperatury (parametry jednakowe dla 2 szt)	dokładność pomiaru: max. 0,3 °C (w zakresie od -10°C do +60°C), max. 0,5°C (w zakresie pozostałych temperatur)	
	min. 4-krotny zapis temperatury w ciągu godziny	
	powiadomienia o przekroczeniu temperatury, o zaniku zasilania, o przekroczeniu zakresu temperatur	
	wzorcowanie czujnika (5-6°C) przez akredytowane laboratorium pomiarowe	
	w zestawie min.: urządzenie pomiarowe, sonda, czujnik, osłona na sondę (metalowa bądź aluminiowa tuleja), oprogramowanie i aplikacja do zarządzania urządzeniem i przechowująca dane tj. czas, zakres zanotowanych temperatur,	
	możliwość raportowania w postaci plików pdf, csv, txt, rtf.	



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruźlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

	gwarancja min 24 miesiące	
Część 3: dostawa urządzeń dozujących z akcesoriami		
pipeta automatyczna o poj. 50 µl	demontowany wyrzutnik,	
	w całości autoklawowalna,	
	odporna na UV	
	kompatybilna z końcówkami typu "Gilson" gwarancja min. 36 miesięcy.	
pipeta automatyczna o poj. 100 µl	demontowany wyrzutnik,	
	w całości autoklawowalna,	
	odporna na UV	
	kompatybilna z końcówkami typu "Gilson" gwarancja min. 36 miesięcy.	
pipeta automatyczna o poj. 1000 µl	demontowany wyrzutnik,	
	w całości autoklawowalna,	
	odporna na UV	
	kompatybilna z końcówkami typu "Gilson" gwarancja min. 36 miesięcy.	
pipeta automatyczna regulowana o poj. 100-1000 µl	demontowany wyrzutnik,	
	możliwość rekalibracji,	
	blokada nastawy pojemności,	
	licznik 4-cyfrowy,	
	w całości autoklawowalna,	
	odporna na UV	
	kompatybilna z końcówkami typu "Gilson" gwarancja min. 36 miesięcy	
stojak na pipety	statyw liniowy 4-stanowiskowy z plexi	

3. Oświadczam, że:

- a) wyżej wymieniony towar, na dostawę którego składam ofertę, dostarczę do siedziby Zamawiającego w terminie:
 - w przypadku Części 1: do 30 dni kalendarzowych od dnia zamówienia do siedziby WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (miejsce dostawy wskazane przez Zamawiającego)
 - w przypadku Części 2 i Części 3: do 14 dni kalendarzowych od dnia zamówienia do siedziby WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza (miejsce dostawy wskazane przez Zamawiającego)
- b) oferowana przeze mnie cena uwzględnia wszystkie zobowiązania oraz wszystkie koszty, w tym koszty dostawy, związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym,
- c) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej przedmiotem zamówienia oraz dysponuję doświadczeniem, potencjałem technicznym i osobowym umożliwiającym realizację zamówienia,
- d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia,
- e) zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i akceptuję jego treść, w tym warunki płatności, oraz



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Chorób Płuc i Gruzlicy
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe
NIP: 9680665587
REGON: 000314750
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02
(+48) 62 761 25 05
fax: (+48) 62 761 25 08
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

zdołem wszelkie niezbędne informacje do opracowania oferty,

f) wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

4. Dane teleadresowe do prowadzenia korespondencji:

Nazwa firmy:

Adres:

tel., e-mail.....

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
(podpis, pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)
(podpisy, pieczęć osoby/osób upoważnionych)