



PRZYCHODNIA ZBM ZDROWIE

e-mail: rejestracja@zbmzdrowie.pl
<http://www.zbmzdrowie.pl>

Poradnia Lekarska
Powstańców Warszawskich 64B/1
tel. 32 745 42 37, 32 745 42 38

Poradnia Lekarska
Tarnogórska 6
tel. 32 388 40 08, 32 707 48 30

Wielospecjalistyczne kompleksowe świadczenia lekarskie i psychologiczne

Bytom 14.11.2017 r.
nr pisma 07/11/2017

ZBM Zdrowie Maria Sadowska-Wieczorek,
Bartosz Wieczorek Spółka Jawna
ul. Powstańców Warszawskich 64b/1
41-902 Bytom
NIP 6252091672
REGON 276624287
Tel. 32 745-42-37

ZAPYTANIE OFERTOWE

- ZAMAWIAJĄCY :** ZBM ZDROWIE MARIA SADOWSKA-WIECZOREK BARTOSZ WIECZOREK SPÓŁKA JAWNA, UL. POWTAŃCÓW WARSZAWSKICH 64B/1, 41-902 BYTOM ,
TEL. 32 745 42 37,

ZAPRASZAMY DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ NA :

„ZAKUP LASERA OKULISTYCZNEGO TruScan577”

- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa lasera okulistycznego emitującego falę świetlną w kolorze złotym o długości 577 nm, wiązka ciągła lasera może być zamieniona na dwie formy impulsów: tzw. koagulacji typu power on (z impulsami o okresie w podziale 150-600 μ s), oraz tzw koagulacji typu power off (z impulsami o okresie w przedziale 1400-1850 μ s)

2. Faktura powinna być wystawiona na poniższe dane:

ZBM ZDROWIE MARIA SADOWSKA-WIECZOREK BARTOSZ WIECZOREK SPÓŁKA JAWNA
UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWSKICH 64B/1, 41-902 BYTOM , NIP 625 209-16-72

- TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

- GRUDZIEŃ 2017.

- KRYTERIA WYBORU OFERTY :**

- CENA 100%

- DOKUMENTY , JAKIE WYKONAWCA POWINIEN ZAŁĄCZYĆ DO OFERTY :**

1. Zamawiający wymaga aby każda oferta zawierała minimum następujące dokumenty:

a) wypełniony przez Wykonwcę formularz cenowo-ofertowy - wg załączonego wzoru, załącznik nr 1



PRZYCHODNIA ZBM ZDROWIE



e-mail: rejestracja@zbmzdrowie.pl
<http://www.zbmzdrowie.pl>

Poradnia Lekarska
Powstańców Warszawskich 64B/1
tel. 32 745 42 37, 32 745 42 38

Poradnia Lekarska
Tarnogórska 6
tel. 32 388 40 08, 32 707 48 30

Wielospecjalistyczne kompleksowe świadczenia lekarskie i psychologiczne

b) podpisane oświadczenie wg załączonego wzoru załącznik nr 2

6. SPOSÓB OBLICZENIA CENY OFERTOWEJ :

1. Na załączonym formularzu (załącznik nr 1) należy przedstawić cenę ofertową brutto za wykonanie zamówienia.
2. Wartość należy podać w złotych polskich cyfrą - z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku oraz słownie.

7. MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY:

1. Ofertę cenową można przesłać drogą elektroniczną na adres : biuro@zbmzdrowie.pl lub listownie na adres: **ZBM ZDROWIE SPÓŁKA JAWNA , UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWSKICH 64B/1, 41-902 BYTOM** (w przypadku wysłania oferty pocztą lub kurierem decyduje data stempla pocztowego). Oferta powinna zostać opisana w temacie, lub na kopercie - „ZAKUP LASERA OKULISTYCZNEGO TRUSCAN577” - **W TERMINIE DO 24.11.2017r**
2. Oferty, które wpłyną po terminie nie będą rozpatrywane.

8. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH :

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający zawiadomi wykonawcę usługi.

9. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW:

1. Wszelkie oświadczenia , wnioski , zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy mogą przekazywać pisemnie , za pomocą poczty elektronicznej.
2. Osobą do kontaktu z wykonawcą z w sprawie zamówienia jest Małgorzata Dolibóg tel. 32 745 42 37 wew.24, email : biuro@zbmzdrowie.pl.

Załączniki:

Oferta wykonawcy – załącznik nr 1

Oświadczenie oferenta – załącznik nr 2



PRZYCHODNIA ZBM ZDROWIE

e-mail: rejestracja@zbmzdrowie.pl
http://www.zbmzdrowie.pl

Poradnia Lekarska
Powstańców Warszawskich 64B/1
tel. 32 745 42 37, 32 745 42 38

Poradnia Lekarska
Tarnogórska 6
tel. 32 388 40 08, 32 707 48 30

**Wielospecjalistyczne kompleksowe
świadczenia lekarskie i psychologiczne**

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
/nazwa Wykonawcy/
.....
.....

.....
/ dokładny adres/
.....
.....

.....
/telefon , adres e-mail/
.....

OFERTA WYKONAWCY

**ZBM ZDROWIE MARIA SADOWSKA-WIECZOREK
BARTOSZ WIECZOREK SPÓŁKA JAWNA
UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWSKICH 64B/1
41-902 BYTOM**

Nazwa Wykonawcy

.....
.....

z siedzibą w
.....
.....

Przystępuje do zapytania ofertowego na:

„ZAKUP LASERA OKULISTYCZNEGO TRUSCAN577”

oferujemy wykonanie podmiotu zamówienia :

za cenę brutto:.....zł

słownie:.....zł

1. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Wykonawcy
będzie.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczętka



PRZYCHODNIA ZBM ZDROWIE

e-mail: rejestracja@zbmzdrowie.pl
<http://www.zbmzdrowie.pl>

Poradnia Lekarska
Powstańców Warszawskich 64B/1
tel. 32 745 42 37, 32 745 42 38

Poradnia Lekarska
Tarnogórska 6
tel. 32 388 40 08, 32 707 48 30

**Wielospecjalistyczne kompleksowe
świadczenia lekarskie i psychologiczne**

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

Oświadczenie oferenta

Jako potencjalny wykonawca zamówienia oświadczam, że nie jestem powiązany osobo oraz kapitałowo z ZMB ZDROWIE SPÓKĄ JAWNĄ /zw. dalej Beneficjentem/ lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy. Oświadczam iż:

- nie uczestniczę w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej z Beneficjentem
- nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji w spółce z Beneficjentem,
- nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika wspólnie z Beneficjentem.
- pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli z Beneficjentem.

.....
(podpis oferenta)