



# Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim

ul. Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski  
tel: (0 84) 664-44-11, fax: (0 84) 664-25-21,  
email: [szpital@szpital-tomaszow.pl](mailto:szpital@szpital-tomaszow.pl), www: <http://szpital-tomaszow.pl>



SPZOZ/Z.P.P./02/2015

Tomaszów Lubelski 2015.04.08

## OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU O WARTOŚCI NIEPRZEKRACZAJĄCEJ 30.000 EURO

### 1. Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej,  
22-600 Tomaszów Lubelski Aleje Grunwaldzkie 1**  
województwo lubelskie, powiat Tomaszów Lubelski  
telefon: **(0-84) 664-44-11 do 19**  
faks: **(0-84) 664-25-21**  
poczta elektroniczna (e-mail): **[zampub@szpital-tomaszow.pl](mailto:zampub@szpital-tomaszow.pl)**  
adres internetowy: **<http://www.szpital-tomaszow.pl>**

### 2. Tryb udzielenia zamówienia:

Postępowanie o wartości nieprzekraczającej 30.000 euro oznaczone przez Zamawiającego znakiem **SPZOZ/Z.P.P./02/2015**. Wykonawcy we wszelkich kontaktach z Zamawiającym winni powoływać się na ten znak.

### 3. Opis przedmiotu zamówienia:

**Przedmiotem zamówienia jest: „ Dostawa opasek do identyfikacji pacjentów..”**

Zestawienie asortymentu i ilości zamieszczone zostało w FORMULARZU OFERTOWO - CENOWY stanowiącym **Załącznik nr 1 do SIWZ**.

**Zamawiający informuje, że oferta musi obejmować całość przedmiotu zamówienia. W przeciwnym wypadku oferta zostanie odrzucona jako nie odpowiadająca treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do niewykorzystania zamówienia w zakresie ilościowym i wartościowym.**

### 4. Termin wykonania zamówienia:

12 miesięcy od podpisania umowy.

### 5. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcami:

**Grzegorz Wójtowicz 084 6644411 do 19 w 305, 84 6658463** - w sprawach merytorycznych  
**Janusz Parol tel. (84) 664 20 50 lub 602 193362** – w sprawie procedury zamówienia.

### 6. Miejsce składania ofert:

Sekretariat Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim przy Alejach Grunwaldzkich 1.

### 7. Termin składania ofert:

Do dnia 15.04.2015r. do godz. 9<sup>00</sup>.

**8. Termin związania oferta**

30 dni.

**9. Kryterium wyboru oferty:**

cena (koszt) - 100 %

**10. Dokumenty i oświadczenia jakie należy złożyć wraz z ofertą:**

Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu (**załącznik nr 2 do SIWZ**).

Aktualny odpis z właściwego rejestru działalności gospodarczej, **wystawiony nie wcześniej niż 6 (sześć) miesięcy przed upływem terminu składania ofert.**

FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY (**załącznik nr 1 do SIWZ**)

**Warunki zamówienia (w tym wzory druków: FORMULARZA OFERTOWEGO, Oświadczenia i Umowy), z którymi musi zapoznać się Wykonawca znajdują się na stronie internetowej Zamawiającego: [www.szpital-tomaszow.pl](http://www.szpital-tomaszow.pl) w zakładce „ZAMÓWIENIA PUB”, lub można je otrzymać w Sekcji Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim przy Al. Grunwaldzkich 1.**