



**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>



SZZ.251.22.2019.PN

Tomaszów Lubelski 2019.06.10

**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 **SZZ.251.22.2019.PN**. Wykonawcy we wszelkich kontaktach z Zamawiającym winni powoływać się na ten znak.

**3. Opis przedmiotu zamówienia:**

**Przedmiot zamówienia: Dostawy worków foliowych.**

Szczegółowy wykaz asortymentowo – ilościowy zawiera FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY (załącznik nr 1 do SIWZ)

Zamawiający informuje, że warunkiem koniecznym jest kompletność oferowanego przedmiotu zamówienia pod względem asortymentu jak i ilości. Oferta musi obejmować całość przedmiotu zamówienia. W przeciwnym wypadku oferta zostanie odrzucona jako nie odpowiadająca treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Wykonawca jest zobowiązany do wskazania części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy.

Zamówienie dotyczy sukcesywnych dostaw w oparciu o bieżące potrzeby Zamawiającego. Dostawę przedmiotu zamówienia do Magazynu SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim przy Alejach Grunwaldzkich 1 zapewnia Wykonawca, ponosząc koszty i ryzyko transportu. W razie reklamacji jakościowych i ilościowych Wykonawca będzie je uwzględniał na swój koszt w ciągu 7 dni licząc od daty zgłoszenia reklamacji. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niewykorzystania zamówienia w zakresie ilościowym i wartościowym.

**4. Termin wykonania zamówienia:**

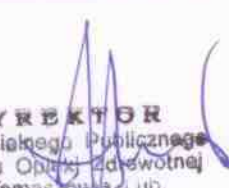
12 miesięcy od podpisania umowy.

**5. Osoba uprawniona do porozumiewania się z Wykonawcami jest:**

**Janusz Parol tel. (84) 664 20 50 lub 602 193 362**

6. **Miejsce składania ofert:**  
Sekretariat Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim przy Alejach Grunwaldzkich 1.
7. **Termin składania ofert:**  
Do dnia **17.06.2019r.** 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 „ZAMOWIENIA PUB”, lub można je otrzymać w Sekcji Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim przy Al. Grunwaldzkich 1.

  
**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Tomaszowie Lub.  
*lek. med. Anarzej Kacior*