



Załącznik Nr 3 do Regulaminu

Znak sprawy: D26C/01/2024

Wejherowo, dnia 05.03.2024 r.

### **ZAPYTANIE OFERTOWE**

Szpital Pomorskie Sp. z o.o. zapraszają Państwa do złożenia oferty cenowej na wykonanie zadania o szacunkowej wartości zamówienia nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł. (art. 2 ust. 1 pkt 1 PZP)

**„Zakup i dostawa stymulatorów zewnętrznych wraz z kablami na potrzeby Oddziału Kardiologii w lokalizacji Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie. ”**

1. Zamawiający:

1) **Szpital Pomorskie Sp. z o.o.**

z siedzibą: 81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1, NIP: 586 22 86 770

2) Komórka organizacyjna Zamawiającego prowadząca sprawę:

**Dział Aparatury Medycznej lokalizacja Wejherowo**

3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił

**Pani Anna Śliwak-Błońska tel: 727-408-229 lub 58 57-27-229**

2. Przedmiot zamówienia:

**a. stymulator zewnętrzny jednokanałowy wraz z kablem do stymulatora - 3 szt.**

**b. stymulator zewnętrzny dwukanałowy wraz z kablem – 1 szt.**

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **29.03.2024r.**

4. Warunki finansowego rozliczenia realizacji zadania:

1) termin płatności: do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT.

5. Cena oferty:

1) Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

2) Cena oferty jest ceną brutto zawierającą wszelkie ewentualne rabaty, upusty, promocje.

6. Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty to najniższa cena.

---

### **Szpital Pomorskie Sp. z o.o.**

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332  
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201  
| kapitał zakładowy: 179 314 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148  
e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | [szpitalpomorskie.eu](http://szpitalpomorskie.eu)

Szpital Pomorski  
sp. z o.o.



Podmiot Leczniczy Samorządu  
Województwa Pomorskiego

7. Ofertę cenową prosimy przesłać na adres e-mail: [asliwak-blonska@szpitalepomorskie.eu](mailto:asliwak-blonska@szpitalepomorskie.eu) do dnia 15.03.2024 r.

8. Zamawiający informuje, że w przypadku wystąpienia okoliczności powodujących, że wykonanie zamówienia nie leży w interesie Szpitali, Zamawiający może unieważnić prowadzone postępowanie lub odstąpić od zamówienia na każdym jego etapie.

WICEPREZES ZARZĄDU

.....**Jack Płarczyk**.....  
(Podpis Kierownika Zamawiającego  
lub osoby upoważnionej)

Otrzymują:

1. a/a
2. Adresat

INSPEKTOR  
ds. Aparatury Medycznej

05.03.2024

**Szpital Pomorski Sp. z o.o.**

ul. Powstania Syczyńskiego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332  
ul. Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201  
kapitał zakładowy: 179 314 500,00 zł

IP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

email: [sekretariat@szpitalepomorskie.eu](mailto:sekretariat@szpitalepomorskie.eu) | [szpitalepomorskie.eu](http://szpitalepomorskie.eu)

ds. Administracyjno-Technicznych

*Stanisław Cirocki*