



Załącznik Nr 3 do Regulaminu

Znak sprawy: D27C/02/2024

Wejherowo, dnia 07.03.2024 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)

„Sukcesywna realizacja zakupów artykułów hydraulicznych”

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 Zaopatrzenia lokalizacja Wejherowo
- 3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił
Panią Alicję Pranga tel: **727-406-850 lub 58 57-27-850**

2. Przedmiot zamówienia:

Szczegółowy wykaz asortymentu w załączniku

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **15.04.2026r.**

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.

7. Ofertę cenową prosimy przesać na adres e-mail: apraga@szpitalepomorskie.eu **do dnia 18.03.2024 r.**

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@szpitalepomorskie.eu | szpitalepomorskie.eu

Handwritten signature/initials

Handwritten initials



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

WICEPREZES SAMORZĄDU

.....
(Podpis Kierownika Zamawiającego
lub osoby upoważnionej)

Otrzymują:

1. a/a
2. Adresat

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