



Znak sprawy: D27/BŻ/01/24

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)

„Sukcesywne dostawy fartuchów i akcesoriów ochronnych rtg bezołowiowych i bezwinytowych dla Szpitali Pomorskich sp. z o.o.”

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 Gdynia i Wejherowo

3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił

Panią **Barbara Żelazek tel: 58 72 60 185**

2. Przedmiot zamówienia:

- fartuchy, garsonki i akcesoria zgodnie z załącznikiem

Sukcesywne dostawy przez 4 miesiące.

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **31.08.2024r.**

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.

7. Ofertę cenową prosimy przesać na adres e-mail: bzelazek@szpitalpomorskie.eu do dnia **29.04.2024 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@szpitalpomorskie.eu | szpitalpomorskie.eu



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.

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

Otrzymują:

1. a/a
2. Adresat

WICEPREZES ZARZĄDU

Dariusz Najcz