



Załącznik Nr 3 do Regulaminu

Znak sprawy: D27C/03/2024

Wejherowo, dnia 13.11.2024 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)

**„Wykonywania testów podstawowych aparatów RTG zlokalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie oraz usług w zakresie fizyka medycznego.”**

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  
Panią **Annę Śliwak-Błońską** tel: **727-408-229** lub **58 57-27-229**

2. Przedmiot zamówienia:

**a. testy podstawowe aparatów RTG**

**b. usługi w zakresie fizyka medycznego**

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **13.12.2024 r.**

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 **22.11.2024 r.**

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)

Załączniki:

1. Zakres przedmiotu umowy
2. Wykaz aparatów

Otrzymują:

1. a/a
2. Adresat

KIEROWNIK  
Zakładu Diagnostyki Obrazowej  
*[Signature]*  
lek. med. Karolina Głowczewska  
specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej  
3563443

Stanisław Cirocki

**Szpital Pomorski 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](http://szpitalepomorskie.eu)

Zastępca Kierownika Szpitala Pomorskiego Sp. z o.o. w Gdyni  
ds. Administracyjno-Technicznych  
*[Signature]*  
Stanisław Cirocki