



Znak sprawy: D27C/03/2024

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 odczynników, kontroli i akcesoriów do oznaczania parametrów krytycznych do analizatora ABL90FLEX PLUS będącego w posiadaniu Zamawiającego”

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 Magdalenę Zybala tel: 727-406-850 lub 58 57-27-850

2. Przedmiot zamówienia:

- a. **ABL90 FLEX solution pack lub równoważny – 9 szt.**
- b. **SC90 300/30 BG/LYT/MET/OXI+QC lub równoważny - 9 szt.**
- c. **papier termiczny – 10 op.**

Sukcesywne dostawy przez 9 miesięcy.

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **31.12.2024r.**

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.

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

70010



6. Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty to najniższa cena.
7. Ofertę cenową prosimy przesłać na adres e-mail: mzybala@szpitalpomorskie.eu do dnia 29.03.2024 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.

Otrzymują:

1. a/a
2. Adresat

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

WICEPREZES ZARZĄDU

Dariusz Natęcz

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@szpitalpomorskie.eu | szpitalpomorskie.eu