



Znak sprawy: D27/BŻ/02/2024

ZAPYTANIE OFERTOWE

Szpital Pomorskie Sp. z o.o. zaprasza 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 pasków do glukometrów do 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
- 3) Zamawiający do bezpośredniego kontaktu z Wykonawcami upoważnił
Panią **Barbra Żelazek 58 72-60-185**

2. Przedmiot zamówienia:

- Paski testowe do pomiaru poziomu glukozy we krwi 5000 op
- Glukometry kompatybilne z testami paskowymi 300 szt
- Płyn kontrolny o 3 różnych zakresach - 80 szt

Sukcesywne dostawy przez 24 miesiące.

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia **31.05.2026r.**

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.

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**



6. Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty to najniższa cena.
7. Ofertę cenową prosimy przesłać na adres e-mail: bzelażek@szpitalepomorskie.eu **do dnia 06.05.2024 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

Dariusz Matek

(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@szpitalepomorskie.eu | szpitalepomorskie.eu