



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

08-300 Sokołów Podlaski, ul. Ks. Bosko 5,  
tel./25/ 781-73-20, fax /25/ 787-60-83

[www.spzozsokolow.pl](http://www.spzozsokolow.pl), e-mail: [zp1@spzozsokolow.pl](mailto:zp1@spzozsokolow.pl)

NIP: 823-14-22-165, REGON: 000306779

Znak FZ-312-1/18

Sokołów Podlaski, dnia 16.01.2018r.

### ZAPYTANIE OFERTOWE

W związku z prowadzonym postępowaniem proszę o złożenie oferty na:

#### Zadanie 1

- Bebiko1 RTF 90ml - 1200szt
- Bebilon Pepti RTF 90ml - 1000szt
- Bebilon 1 RTF 90ml – 100szt
- Bebilon Nenatal Preniumm 70ml- 1000szt
- Smoczki na butelkę Standard - 700szt

#### Zadanie 2

- NAN Pro 1 RTF 90ml – 100szt
- NAN HA RTF 90ml – 100szt
- Prenan dla wcześniaków 70ml – 100szt
- Smoczki na butelkę Standard - 700szt
- Smoczki na butelkę NUK - 100szt

#### Zadanie 3

- zupki po 4 m-cu 125g -50szt
- pierwsza łyżeczka ,marchewka 125g - 100szt
- zupki po 5 m-cu 125g. - 90szt
- zupki po 6 m-cu 190g – 50szt
- zupki po 8 m-cu 190g – 50szt
- zupki po 9m-cu 190g – 50szt
- zupki po 10m-cu 190g – 50szt
- kleik ryżowy 160g – 40szt
- kaszki bez mleczne 180g - 40szt
- kaszki mleczno-ryżowe 230g – 50szt
- herbatka granulowana rumiankowa 200g – 15szt
- herbatka granulowana koper włoski 200g - 15szt

Wymagania dot. przedmiotu zamówienia: dopuszczamy złożenia oferty częściowej, dostawa na koszt i ryzyko wykonawcy.

Podstawą wyboru oferty będą następujące kryteria:

<b>KRYTERIUM</b>	<b>Maksymalna ilość punktów</b>
<b>Wartość <i>brutto</i> za całość i cena jednostkowa</b>	100%
<b>TERMIN WYKONANIA</b>	12 miesięcy
<b>Termin płatności</b>	x

Ofertę proszę sporządzić na załączonym formularzu i przekazać ją w formie:

1. elektronicznej na adres [zp1@spzozsokolow.pl](mailto:zp1@spzozsokolow.pl) lub [zp@spzozsokolow.pl](mailto:zp@spzozsokolow.pl) lub
2. faksowej – nr faksu (25) 787 60 83

terminie do dnia 26.01.2018r. do godz. 12.00

Osoba do kontaktu: Oddziałowa Oddziału Pediatrycznego Joanna Wilgodzka  
tel.25 / 781-72-63

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
dr n med. Ryszard Przybylski

....

.....dnia..... r.

.....  
.....  
.....  
.....

(Nazwa i adres wykonawcy)

Wpisany do..... (KRS / EDG) w .....  
pod numerem.....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Sokołowie Podlaskim  
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na przekazane zaproszenie do złożenia oferty oferuję wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

<b>PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA</b> ceny jednostkowe ..... ..... ..... .....	
<b>WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO</b> (łącznie z kosztami transportu)	
<b>TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA</b>	
<b>TERMIN PŁATNOŚCI FAKTURY</b>	

Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej

