



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółowie Podlaskim

08-300 Sokółów Podlaski, ul. Ks. Bosko 5,
tel./25/ 781-73-00, fax /25/ 787-60-83

www.spzozsokolow.pl, e-mail:
kancelaria@spzozsokolow.pl

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

Znak FZ-312-3/17

Sokółów Podlaski dnia 18.01.2017 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

W związku z prowadzonym postępowaniem proszę o złożenie oferty na:

1. Dzierżawę aparatu do automatycznego posiewu krwi i innych płynów ustrojowych

Warunki dla aparatu:

- od 50 do 70 miejsc inkubacyjnych /butelek/
- z komputerem z drukarką do obsługi aparatu i możliwością podglądu próbek podczas inkubacji oraz tworzenia zestawień
- z dwukierunkową komunikacją z systemem informatycznym Marcel i z siecią szpitala
- z systemem zabezpieczenia informacji o próbkach podczas ewentualnej awarii
- z możliwością zmiany czasu inkubacji pojedynczej próbki-butelki
- z przeszkoleniem personelu
- instrukcja obsługi w języku polskim
- z usługą serwisową w cenie oferty

2. Podłoża do posiewu krwi i innych płynów ustrojowych:

- podłoża pediatryczne , butelki – 400szt
- podłoża do hodowli bakterii tlenowo-rośnących , butelki - 1000szt
- podłoża do hodowli bakterii beztlenowych , butelki – 700 szt

Warunki dotyczące podłoży:

- butelki z podłożami muszą być wykonane z tworzywa sztucznego lub innego materiału nie ulegającego potłuczeniu
- podłoża mają zawierać substancje hamujące antybiotyki / inhibitory antybiotyków /
- podłoża mają zapewnić jednoczesny wzrost bakterii i grzybów
- podłoża mają posiadać certyfikaty jakości
- muszą być z możliwością preinkubacji i wizualnej jednoznacznej oceny wzrostu na podstawie np. zmiany zabarwienia podłoża lub sensora
- z terminem ważności co najmniej 6-miesięcy.
- podłoża mają posiadać metodykę zgodną z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.01.2011 r. / forma pisemna /

Termin wykonania: 1 rok od podpisania umowy

Wymagania dot. przedmiotu zamówienia: *dostawa na koszt i ryzyko wykonawcy*.
Podstawą wyboru oferty będą następujące kryteria:

KRYTERIUM	Maksymalna ilość punktów
CENA <i>brutto</i> za całość	
TERMIN WYKONANIA	
OKRES GWARANCJI	

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

1. pocztowej na adres zamawiającego
2. elektronicznej na adres zp1@spzozsokolow.pl lub zp@spzozsokolow.pl
3. faksowej – nr faksu (25) 787 60 83

terminie do dnia 02.02.2017r. do godz. 12.00

Osoba do kontaktu: Kierownik Pracowni Bakteriologii mgr Bożena Niemińska Gromada
Tel.25 / 781-72-74 lub 73

Dyrektor
Ewa Wojciechowska

.....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:

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	
CENA OFERTY BRUTTO (łącznie z kosztami transportu)	
TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA	
Okres gwarancji	

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

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej