



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

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

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

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

Znak FZ-312-5/17

Sokołów Podlaski dnia 20.01.2017r.

### ZAPYTANIE OFERTOWE

W związku z prowadzonym postępowaniem proszę o złożenie oferty na  
krwinki dla Pracowni Serologii:

- 1.Konserwowane krwinki wzorcowe do układu ABO KKW-ABO – 24 op.
- 2.Konserwowane krwinki wzorcowe do wykrywania przeciwciał – 12 op.
3. PBS 5000ml - 12 op.
- 4.LISS L 100ml. - 12op
- 5.Zestaw probówek kontrolnych do codziennej kontroli odczynników diagnostycznych  
i krwinek wzorcowych do układu ABO i Rh ZPK 1 - 12op.

okres realizacji zamówienia: 1 rok od podpisania umowy

Wymagania dot. przedmiotu zamówienia: prosimy o określenie harmonogramu dostaw ,  
*dostawa na koszt i ryzyko wykonawcy,certyfikaty jakości*

Podstawą wyboru oferty będą następujące kryteria:

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

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

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

terminie do dnia 03.02.2017r. do godz. 12.00

Osoba do kontaktu: Kierownik Pracowni Serologicznej Agnieszka Cichowska  
tel.600-706-110 lub 25/781-72-71

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:

<b>PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA</b> ..... ..... ..... .....	
<b>CENA OFERTY BRUTTO</b> <b>(łącznie z kosztami transportu)</b>	
<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