



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, e-mail:
kancelaria@spzozsokolow.pl

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

Znak FZ-312-2/17

Sokołów Podlaski, dnia 11.01.2017 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

W związku z prowadzonym postępowaniem proszę o złożenie oferty na **wykonanie testów specjalistycznych oraz testów stałości aparatu mammograficznego zgodnie z European Guidelines i sporządzeniu Protokołów z testów następujących aparatów rentgenowskich i związanych z nimi urządzeń pomocniczych:**

1. aparat RTG stacjonarny jednolampowy
2. aparat RTG stacjonarny jednolampowy ze skopią
3. mammograf
4. pantomograf
5. aparat RTG przewoźny
6. aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych
7. tomograf komputerowy

Termin wykonania : 2 lata

Podstawą wyboru oferty będą następujące kryteria:

KRYTERIUM	Maksymalna ilość punktów
CENA miesięczny ryczałt	100%
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
3. faksowej – nr faksu (25) 787 60 83

w terminie do dnia 26.01.2017 r. do godz. 12.00

Osoba do kontaktu: P. Jarosław Burzyński tel.25/781-73-62

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,montażu)	
TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA	
TERMIN PŁATNOŚCI FAKTURY	

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

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej