



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY<sup>A</sup>**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 81390 09  
Strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)  
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274  
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital  
bez bólu



**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT  
NR EZ/210/2104/2015 Z DNIA 28.05.2015**

Niniejsze zaproszenie zostaje złożone bez stosowania przepisów Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2010 Nr 113 poz. 759 t.j.), na podst. art. 4, pkt. 8 przywołanej ustawy.

W imieniu Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie zwanego dalej „Zamawiającym”, zapraszam do złożenia oferty cenowej na dostawę odzieży ochronnej i obuwia profilaktycznego dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego przy ulicy Arkońskiej 4 w Szczecinie.

**1. Zakres oraz warunki dostawy.**

- 1.1. Dostawa odzieży ochronnej przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy w ilościach zawartych w załączniku nr 1 – zadanie 1
- 1.2. Dostawa obuwia profilaktycznego przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy w ilościach zawartych w załączniku nr 1 - zadanie 2

2. Dopuszcza się złożenie oferty częściowej.

**3. Wymagania przedmiotu dostawy:**

- 3.1. Zgodnie z wymogami do zadania 1 zawartymi w załączniku nr 1.
- 3.2. Zgodnie z wymogami do zadania 2 zawartymi w załączniku nr 1.

**4. Wymagane dokumenty:**

- 4.1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej.
- 4.2. Certyfikat zgodności tkaniny (z której wykonany ma zostać przedmiot zamówienia) z Polską Normą PN-P-84525:2998 (dotyczy zadania nr 1);
- 4.3. Deklaracja producenta zgodności z normą PN-EN ISO 20347:2007 lub PN-EN ISO 20347:2012E - środek ochrony indywidualnej - obuwie zawodowe (dotyczy zadania nr 2)

**5. Termin wykonania umowy.**

- sukcesywnie przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy na warunkach szczegółowych zawartych w projekcie umowy.

**6. Przy wyborze oferty zamawiający będzie się kierować:**

- najniższą ceną brutto.

**7. Warunki płatności.**

- przelew 30 dni



Dyrektor  
Naczelny  
(091) 81 39 011

Z-ca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
(091) 81 39 012

Naczelną  
Pielęgniarką  
(091) 81 39 016

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno  
Administracyjnych  
(091) 81 39 014

Główny  
Księgowy  
(091) 81 39 015

**8. Upoważniona osoba do kontaktu z oferentami :**

Katarzyna Kość – tel. 091-813 90 26 fax : 091- 813 90 28

**9. Termin i miejsce składania ofert:**

Oferta winna być złożona do dnia 15.06.2015 do godz. 12<sup>00</sup> w Kancelarii Zamawiającego, w budynku przy ulicy Broniewskiego 2, pok. 8, II piętro.

**Załączniki:**

1. Szczegółowy opis przedmiotu dostawy - załącznik nr 1.
2. Formularze ofertowe - załącznik nr 2 ,załącznik nr 2A-1,załącznik nr 2A-2.
3. Projekt umowy – załącznik nr 3.

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

*dr n. med. Mariusz Pietrzak*