



Zapytanie ofertowe

tel. 71 363 12 23

REGON 000313331

NIP 894-24-60-800

W związku z realizacją przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ zadania pn. „ **Wsparcie rodzin z wieloraczkami w środowisku zamieszkania**”, zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty na zakup wózków dla trojaczków .

Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Dział Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia, 53-208 Wrocław, ul. Podróżnicza 26/28, tel.71/335- 29- 62, fax 71/316-00-01

Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest zakup dwóch wózków dla trojaczków w skład , którego wchodzi stelaż + 3x spacerówka + 3x gondola.

Płatnikiem będzie Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ.

W celu sfinalizowania zamówienia niezbędne będzie podpisanie umowy.

Szczegółowe warunki zamówienia:

- zakup dwóch wózków dla trojaczków w skład , którego wchodzi stelaż +3x spacerówka + 3x gondola. Wybór kolorów wózków przy zakupie,
- podanie ceny brutto jednego wózka,
- ewentualny rabat.

Wymagania:

- forma płatności – przelew na podstawie faktury zgodnie z podpisaną umową dostarczonej wraz z zamówieniem,
- zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji w szczególności z Wykonawcą, którego oferta zostanie uznana za najatrakcyjniejszą,
- zamawiający zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji w przypadku , gdy cena oferowana brutto przekroczy kwotę jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

Oferty proszę składać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego na adres: Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław lub przesać mailem na adres: ljedrzejewska@spzoz.wroc.pl. lub fax: 71 316 00 01.

Oferty złożone w innej formie niż na formularzu ofertowym nie będą rozpatrywane.



- Oferty przyjmowane są do 6.07.2018 do godz. 13.00

- Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

- Pytania proszę kierować do koordynatora programu Leokadii Jędrzejewskiej tel. 691852069.

Zapytanie ofertowe może zostać unieważnione bez podania przyczyny.

Załącznik:

Formularz ofertowy (zamieszczony poniżej)

Projekt finansowany przez Miasto Wrocław





FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja

zlecenia:

.....

.....

.....

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

.....

3. Adres:

miejsowość

kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

4. PESEL:

5. NIP:

6. Regon:

7. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za zakup dwóch wózków :

..... słownie:

8. Rabat.....



Wrocławskie Centrum Zdrowia

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

208

Wrocław

ul. Podróżnicza 26/28,

53-

tel. 71 363 12 23

REGON 000313331

NIP 894-24-60-800

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych) Dz. Ust. Nr 133 poz. 833 z póź. zm.)

.....
data

.....
pieczętka / podpis oferenta