

## ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY

### Tryb postępowania:

Zapytanie ofertowe o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j Dz.U. z 2017r poz 1579) określonego w art.4 pkt.8.

### Zamawiający:

**Dom Pomocy Społecznej we Włóściborzu,  
Włóścibórz 1,  
78-114 Wrzosowo  
tel:943581922  
fax:943581963  
email: [wlosciborz5@wp.pl](mailto:wlosciborz5@wp.pl)**

### Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia będą sukcesywne dostawy leków i maści OCT oraz środków do dezynfekcji do Domu Pomocy Społecznej we Włóściborzu.

### Sposób przygotowania oferty:

1. Oferta pod rygorem nieważności musi być sporządzona na formularzu ofertowym – załącznik Nr 1.
2. Wszelkie zmiany, naniesione przez Wykonawcę w treści oferty, muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę. Poprawki mogą być dokonane wyłącznie poprzez przekreślenie błędnego zapisu oraz naniesienie obok zapisu przekreślonego- zapisu poprawnego.
3. Oferty w formie elektronicznej (mail, dokument pdf) proszę kierować na adres [wlosciborz5@wp.pl](mailto:wlosciborz5@wp.pl), w formie papierowej na adres Dom Pomocy Społecznej we Włóściborzu, Włóścibórz 1, 78-114 Wrzosowo z dopiskiem w tytule „Oferta cenowa na zakup leków i maści OCT oraz środków dodezynfekcji ” lub fax-em na numer 943581963.

**Termin składania ofert do dnia 28.02.2018r.**

### Poinformowanie oferenta o wyborze oferty:

do dnia 09.03.2018r - mail do Wykonawcy, którego ofertę wybrano lub ogłoszenie na stronie BIP.

### Kryterium oferty:

najniższa cena brutto złożonej oferty- cena 100%

**Termin realizacji zamówienia:**

rok 2018 wg potrzeb Zamawiającego

**Płatności:**


przelew z terminem płatności 21 dni.

**Osoba upoważniona do kontaktu:**

**Małgorzata Ludwikowska** - kierownik działu terapeutyczno - opiekuńczego  
tel. 943581922

**Informacje dotyczące zawarcia umowy:**

Zamawiający nie ma obowiązku zawarcia umowy z Wykonawcą w wyniku przeprowadzonego zamówienia (rozeznanie rynku). Przeprowadzone postępowanie może zakończyć się bez wyboru jakiegokolwiek ze złożonych ofert, co nie wymaga uzasadnienia bądź podania przyczyny.

**DYREKTOR**  
Domu Pomocy Społecznej  
we Włosziborzu  
  
Małgorzata Rzepka-Kłanciewicz

Miejscowość, dnia.....

Nazwa /pieczętka wykonawcy

Dom Pomocy Społecznej we Włóściborzu  
Włóścibórz1  
78-114 Wrzowowo

### OFERTA WYKONAWCY

W związku z zapytaniem ofertowym Domu Pomocy Społecznej we Włóściborzu z dnia.....

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres:.....

Kod pocztowy, adres:.....

NIP:.....

REGON:.....

Osoba do kontaktu:.....

Telefon, fax, .....

e-mail wykonawcy:.....

Proszę o wypełnienie drukowanymi literami.

### Tabela z asortymentem

Lp.	Nazwa towaru	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa brutto
1	Hydroxyzinum 10 mg x 30	op	1	
2	Hydroxyzinum 25 mg x 30	op	1	
3	Memotropil 1200 x 60	op	1	
4	Memantyna 10 mg x 56	op	1	
5	Kwas Acetylosalicylowy 75 mg x 60	op	1	
6	Argosulfan krem 40 g	op	1	
7	Promazin 100mg x 60	op	1	
8	Bisoprolol 5 mg x 30	op	1	
9	Octenisept 1 L	op	1	
10	Paracetamol 500 mg x 50	op	1	
11	Scorbolamid x 20	op	1	
12	Xenna Extra x 10	op	1	
13	Vinpocetine 5 mg x 100	op	1	
14	Naproxen żel 10% 50 g	op	1	
15	Magnez tabl x 60	op	1	
16	Rutyna z Wit. C x 90	op	1	
17	Asparaginian x 100	op	1	

19	Luteina tab x 30	op	1	
20	Clotrimazol maść	op	1	

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami podanymi przez zamawiającego w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę jakichkolwiek zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że oferowana cena obejmuje wszystkie nakłady niezbędne do wykonania – realizacji zamówienia.
3. Uzyskałem/am wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i realizacji zamówienia.
4. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do rzetelnej realizacji przedmiotu zamówienia.

.....  
Podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej