**pieczątka** Szczytno, dn. 16.01.2019 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-2/2019**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 12

12-100 Szczytno

tel. (0-89) 623 21 41 fax. (0-89) 623 21 36

NIP: 745-15-93-187 REGON: 519483005

[www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl) ; e-mail: [zozszczytno@op.pl](mailto:zozszczytno@op.pl);

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa próżniowego systemu zamkniętego do pobierania krwi do siedziby zamawiającego**.** Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: Zał. nr 2.

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 11. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem (opcjonalnie):

#### - poczty elektronicznej na adres: zozszczytno@op.pl , faksem

#### - na nr: 89/623-21-36,

#### - poczty, kuriera

#### - lub też dostarczona osobiście

#### na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12 12-100 Szczytno do dnia 23.01.2019 wraz z załączoną kserokopią wypisu z rejestru przedsiębiorców lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej, wystawione w dacie nie wcześniejszej niż sześć miesięcy przed datą złożenia oferty oraz pozwolenia na świadczenie usług w zakresie zamówienia.

#### 2. Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 24.01.2019r. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpisała:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**