

Ogłoszenie o zamówieniu
Dom Pomocy Społecznej w Pigży ,ul. Szkolna 8 ,
87-152 Łubianka

(nazwa zamawiającego)

DAG.241.13.2016.KZ

zaprasza

do złożenia propozycji cenowej na wykonanie zamówienia
**„Dostawa pieluchomajtek, wkładek higienicznych dla mieszkańców Domu
Pomocy Społecznej w Pigży”.**

(nazwa zamówienia)

Informacja o zamówieniu ze wskazaniem :

- Dostawa pieluchomajtek, wkładek higienicznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pigży.

(rodzaj - dostawa, usługa, robota budowlana)

- Dom Pomocy Społecznej w Pigży , ul. Szkolna 8 , 87-152 Łubianka .
Zamówienie realizowane będzie sukcesywnie (miesiąc czerwiec 2016, lipiec 2016, sierpień 2016, wrzesień 2016) w terminie 3 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia przez Zamawiającego.

(miejsce i termin realizacji zamówienia)

- Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa pieluchomajtek, wkładek higienicznych – w comiesięcznych dostawach do siedziby Zamawiającego. Szacunkowe zapotrzebowanie na zamawiany towar zawiera załącznik nr 2 do ogłoszenia „ Formularz asortymentowo–cenowy”. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości zamawianego towaru (zwiększenia lub zmniejszenia), w zależności od ilości zleceń. Na sprzedawany asortyment Wykonawca będzie stosował ceny wyszczególnione w załączniku nr 2 do ogłoszenia tj. formularzu asortymentowo-cenowym. Dostawy będą realizowane na podstawie każdorazowego zamówienia złożonego przez Zamawiającego, raz w miesiącu przez okres 4 miesięcy, transportem Wykonawcy na jego koszt. Zamawiający zastrzega że zamawiany asortyment : pieluchomajtki, i wkładki chłonne mają być pakowane w opakowaniach po 30 sztuk (na 1 zlecenie mieszkańca 30szt. pieluchomajtek „dziennych” i 30szt. pieluchomajtek „nocnych”). Na opakowaniach wymagana jest informacja dot. dokładnego opisu produktu umożliwiająca identyfikację towaru zgodną z opisem w „Formularzu asortymentowo – cenowym” oraz data ważności produktu. Produkt powinien posiadać graficzne oznaczenie chłonności umożliwiające odróżnienie pieluchomajtek „dziennych” od „nocnych”.
Zamawiający zaznacza że, każda modyfikacja „ Formularza asortymentowo – cenowego” przez Wykonawcę , powodująca niezgodność treści z formularzem Zamawiającego skutkuje odrzuceniem oferty.

Wykonawca zobowiązany jest wystawić imienne faktury na produkty zamawiane na zlecenia lekarskie. Zapłata należności za poszczególne dostawy dla Wykonawcy nastąpi w terminie 7 dni od dnia otrzymania faktur, przelewem z konta Zamawiającego na konto Wykonawcy. W przypadku zmiany przepisów regulujących realizację zleceń na refundowane środki pomocnicze, Zamawiający wyraża zgodę na wprowadzenie zmian zgodnie z przepisami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami oraz środkami pomocniczymi z zachowaniem ceny brutto za jedną sztukę produktu.

.....
.....
(krótki opis przedmiotu zamówienia)

- Marzanna Ott tel. (56) 674 08 00 /01 (osoby do kontaktu)

.....
24.05.2016 r. do godz. 8⁰⁰

- (termin na zgłoszenie) .

Ofertę należy złożyć* :

1. w jednej zamkniętej kopercie , w siedzibie zamawiającego, pokój 96,

~~2. faksem na numer~~

~~3. e -mailem na adres:~~

Niezwłocznie po wyborze oferty zamawiający wyśle do wykonawcy informację o wyborze oferty. Zamówienie zostanie wysłane po uzyskaniu zlecenia lekarskiego /zlecenie/ umowę w sprawie zamówienia publicznego*.

Załączniki :

1. formularz oferty

2. formularz asortymentowo - cenowy

* niepotrzebne skreślić