



STOWARZYSZENIE ROZWOJU DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
Moczary 41, REGON: 180026296 , NIP: 689-119-24-28
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Moczary
<https://nzozmoczary.pl/>, nzozmoczary@gmail.com
ul. 29 Listopada 2, 38-700 Ustrzyki Dolne; REGON: 18002629600032 , NIP: 689-122-47-14

Ustrzyki Dolne, dnia 29.10.2025r

**ZAPYTANIE
W TRYBIE PORÓWNAANIA CEN NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA
NA ZAKUP Z DOSTAWĄ 1 sztuka KOZETKA LEKARSKA**

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Stowarzyszenie Rozwoju Domu Pomocy Społecznej
prowadzące działalność pod adresem:

Moczary 41,
38-700 Ustrzyki Dolne,
NIP: 689-119-24-28,
REGON: 180026296

reprezentujące zakład leczniczy :

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Moczary
prowadzące działalność pod adresem:

ul. 29 Listopada 2,
38-700 Ustrzyki Dolne,
NIP: 689-122-47-14
REGON: 18002629600032

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem niniejszego zamówienia jest zakup wraz z dostawą według poniższej specyfikacji technicznej:

Specyfikacja techniczna:

Typ: 1 sztuka Kozetka Lekarska

Rodzaj materiału: skóropodobny materiał zmywalny

Szerokość: 55 cm

Wysokość: 51 cm

Długość: 188 cm

Obciążenie: do 180 kg

Regulacja kąta pochylenia

Uchwyt na rolkę prześcieradła

Stan: Nowy

Ilość: 1 sztuka

Wyrób posiada znak CE.

3. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **do dnia 30.11.2025r.**

Miejsce wykonania przedmiotu zamówienia: Oddział dzienny rehabilitacyjny dla dzieci w Brzozowie,
ul. Legionistów 72 , 36-200 Brzozów.



STOWARZYSZENIE ROZWOJU DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Moczary 41, REGON: 180026296, NIP: 689-119-24-28

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Moczary

<https://nzozmoczary.pl/>, nzozmoczary@gmail.com

ul. 29 Listopada 2, 38-700 Ustrzyki Dolne; REGON: 18002629600032, NIP: 689-122-47-14

4. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Oferta powinna być sporządzona na formularzu będącym załącznikiem do zapytania oraz:

- być opatrzona pieczęcią firmową,
- zawierać adres oferenta, numer telefonu, numer NIP,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać cenę ogółem wykonania całości przedmiotu zamówienia podaną w kwocie brutto i netto,
- zawierać cenę jednostkową oraz wartość brutto dla każdej pozycji będącej przedmiotem oferty składanej przez Wykonawcę,
- zawierać podpis Wykonawcy,

5. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI:

Osobą wskazaną do kontaktu jest Mateusz Bajerski tel. 13 333 2841,

mateusz.bajerski@nzozmoczary.pl

6. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY:

Ofertę należy złożyć w siedzibie Biura Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Moczary umiejscowionej pod adresem: ul. 29 Listopada 2, 38-700 Ustrzyki Dolne lub w formie elektronicznej należy przesłać na adres mateusz.bajerski@nzozmoczary.pl w formie pliku PDF: w postaci skanu formularza z pieczęcią i odręcznym podpisem, lub w wersji podpisanej elektronicznie z wykorzystaniem: kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu zaufanego (ePUAP), e-dowód do dnia 5 listopada 2025 roku do godziny 12.00.

7. KRYTERIUM WYBORU OFERTY: najniższa cena.

8. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA:

W przypadku unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługują żadne roszczenia.

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania na każdym etapie jego prowadzenia bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

9. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY:

Zamawiający dopuszcza możliwość prowadzenia z Oferentami negocjacji dotyczących treści złożonych ofert.

10. UWAGI KOŃCOWE:

Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego.

11. ZAŁĄCZNIK:

1. Formularz ofertowy

DYREKTOR

Zatwierdzam:.....

(podpis)
mgr Wioletta Czarna
Data i podpis

29.09.2015r.



STOWARZYSZENIE ROZWOJU DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
Moczary 41, REGON: 180026296 , NIP: 689-119-24-28
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Moczary
<https://nzozmoczary.pl/>, nzozmoczary@gmail.com
ul. 29 Listopada 2, 38-700 Ustrzyki Dolne; REGON: 18002629600032 , NIP: 689-122-47-14

FORMULARZ OFERTOWY
NA ZAKUP Z DOSTAWĄ 1 sztuka KOZETKA LEKARSKA
w Oddział Dzienny Rehabilitacyjny dla dzieci w Brzozowie ul. Legionistów 72

DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Nazwa firmy:	
Adres:	
Osoba do kontaktu:	
Dane kontaktowe (telefon, e-mail):	

SZACOWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:

Przedmiot zamówienia	Wartość Netto (PLN)	Ilość	Stawka VAT (%)	Wartość brutto (PLN)
Zakup i dostawa Kozetka lekarska w ilości 1 sztuka zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia				

Uwagi Wykonawcy:

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć

