

Hrubieszów, dnia 04.07.2024

e-mail: [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl)

## **ZAPYTANIE CENOWE W CELU OSZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, celem oszacowania wartości zamówienia, zwraca się z prośbą o przesłanie informacji o cenie zakupu i terminie dostawy sprzętu i wyposażenia dla Oddziału Rehabilitacji zgodnego z opisem przedmiotu zamówienia (OPZ) stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zapytania

*Niniejsze zapytanie ma charakter szacowania wartości zamówienia i nie stanowi zaproszenia do składania ofert w rozumieniu art.66 Kodeksu cywilnego i nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U z 2023 poz.1605 ze zm. ) , nie zobowiązuje do zawarcia umowy, czy też udzielania zamówienia.*

**1. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i wyposażenia dla Oddziału Rehabilitacji szczegółowo opisanego w załączniku nr 1 do niniejszego zaproszenia . Doręczony przedmiot zamówienia musi być nowy, nie używany , nie po demonstracyjny , posiadać dopuszczenia do obrotu na podstawie obowiązujących przepisów prawa .

**2. Termin realizacji zamówienia :**

w dniach od daty podpisania umowy.

**3. Miejsce dostawy:**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów

**4. Okres gwarancji;**

24 miesiące od dnia dostawy .

Odpowiedzi na niniejsze Zapytanie prosimy udzielić , nie później niż **do dnia 12.07.2024 r.** zgodnie z załączonym formularzem – Szacunkowa wycena ( załącznik nr 2) na adres e-mail [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl) W tytule maila proszę wpisać: Dostawa sprzętu i wyposażenia dla O/Rehabilitacji – wycena usług

Przesłana wycena powinna zawierać wszystkie koszty, związane z realizacją zamówienia szczególnie opisane w OPZ i załączniku nr 2 do zapytania (formularzem - Szacunkowa wycena ).

**Załączniki :**

Załącznik nr 1- Opis przedmiotu zamówienia

Załącznik 2 – Formularz – Szacunkowa wycena

p.o. Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
mgr inż. Artur Bucheta

.....  
*Kierownik zamawiającego lub osoba upoważniona do  
podejmowania czynności w jego imieniu*