

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niezrealizowania całości przedmiotu zamówienia.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferta powinna zawierać:

1. Wykonawca powinien przedstawić ofertę na Formularzu ofertowym — załącznik nr 2.
2. Formularz asortymentowo-cenowy — załącznik nr 1.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. Zezwolenie GIF.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczęcią firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę firmy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez Wykonawcę.

V. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Sposób złożenia oferty (opcjonalnie):

1. Oferta może być przesłana za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres apteka@kopernik.lodz.pl (w takim przypadku wszystkie wymagane dokumenty muszą być przesłane w formacie pdf).
2. Oferta może być doręczona do Apteki Szpitalnej.
3. **Termin składania ofert: do dnia 23.02.2024 r. do godziny 10:00**
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
5. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

VI. OCENA OFERT

1. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



2. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

LP.	Kryterium	Ranga
1.	Cena	100%

Sposób oceny:

Zamawiający wybierze ofertę z najniższą zaoferowaną ceną przy spełnieniu wszystkich wymagań odnośnie opisu przedmiotu zamówienia.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawcą na warunkach opisanych w załączniku nr 3 - Wzór umowy.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Wszelkie zapytania o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego należy składać za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres. apteka@kopernik.lodz.pl (dodatkowo pod numerem telefonu 42 689 51 01). Odpowiedzi na zapytania Zamawiający udzieli na stronie na, której ukazało się ogłoszenie.

IX. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. Formularz ofertowo-cenowy

Załącznik nr 2. Formularz ofert

Załącznik nr 3. Wzór umowy

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Lecznictwa

dr n. med. Jerzy Badowski

KIEROWNIK APTEKI
Wojewódzkie Wzrostospecjalistyczne
Centrum Onkologii i Traumatologii
Im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

dr n. farm. Przemysław Rokicki
11015383

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

