

**Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.**

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Znak sprawy: PCMG/Z/4/2017

Grójec dnia 2017.05.06.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
**o wartości nieprzekraczającej kwoty 30.000 euro**

1. Przedmiot zamówienia: **zakup i dostawa druków medycznych wykonywanych według wzorów dostarczonych przez Zamawiającego.**

2. Termin wykonania zamówienia: **sukcesywnie wg potrzeb w okresie 24 miesięcy od daty zawarcia umowy.**

3. Kryterium wyboru oferty: **cena 100 %.**

4. Termin płatności: **min. 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT Zamawiającemu.**

5. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych i wariantowych.

6. Dokumenty, które należy załączyć do oferty:

a) wypełniony formularz oferty

b) wypełniony formularz cenowy

7. Osoby uprawnione do kontaktów z wykonawcami: Marzena Stelmach tel. 48 664-91-52,

Renata Kazusek tel. 48 664-91-36

8. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego: **Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu sp. o.o.**

**ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec DOMONT Ip. Sekretariat w terminie do 2017.06.14 do**

godz. 09:30

9. Załączniki:

Formularz ofertowy

Formularz cenowy

Wzór umowy

Przez Zarządu  
**Powiatowego Centrum Medycznego**  
**w Grójcu Sp. z o.o.**

*Marzena Borwicka*

.....mgr Marzena Borwicka.....

Prezes Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu