Hrubieszów, dnia 11.07.2018r.

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie**

**ul. Piłsudskiego 11**

**22-500 Hrubieszów**

**NIP 9191517717**

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY**

**Określenie przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest **lek Anti D (rh)immunoglobulin**

**Roztwór do wstrz. 150 µg /ml amp. 15 szt**

**Roztwór do wstrz. 300 µg /ml amp. 30 szt**

**Termin składania ofert:** r. do19.07.2018r.godz.1300.

**Sposób składania ofert:** Ofertę należy składać osobiście, przesłać pocztą (lub kurierem) na adres zamawiającego lub w formie elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl

**Warunki zamówienia i termin realizacji:**

1. Oferta musi zawierać ostateczną cenę obejmującą wszystkie koszty związane z dostawą
2. Wykonawca jest zobowiązany do bieżącej współpracy z Zamawiającym w trakcie trwania umowy w zakresie wprowadzania ewentualnych uwag i poprawek zgłaszanych przez Zamawiającego.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwrócenia się o dodatkowe wyjaśnienia.
4. Wymagane związanie ofertą 30 dni.
5. Termin realizacji przedmiotu zamówienia 3 m-ce od daty podpisania umowy.
6. **Opis kryterium oceny ofert:**

O wyborze wykonawcy decydować będzie najniższa cena brutto- 100%.

**Opis sposobu przygotowania oferty :**

1. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę obejmującą realizację przedmiotu zamówienia.
2. Ofertę należy sporządzić według formularza oferty (*Załącznik Nr 1* do *Zaproszenia).*