***Sławków dn.01.03.2018r***

***Zapytanie ofertowe***

1. Nazwa przedmiotu zamówienia :**dostawy materiałów stomatologicznych**
2. Nazwa zamawiającego: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie 41-260, ul. PCK 3**
3. Termin realizacji zamówienia : **1 kwietnia 2018 do 31 marca 2019**
4. Miejsce składania ofert: **SPZOZ Sławków ul. PCK 3,41-260 Sławków pokój nr 20 w godzinach od 7.00 do14.00 lub przekazanie na adres e-mail:** [**slawkzoz@konto.pl**](mailto:slawkzoz@konto.pl)
5. Otwarcie ofert nastąpi w SPZOZ Sławków ul. PCK 3 w dniu **12.03.2018** r **o godz. 09.15**
6. Do składanej oferty należy dołączyć:

**Wypełniony formularz ofertowy (zał.nr 1)**

Podane w formularzu ilości produktów stanowią orientacyjne określenie potrzeb Zamawiającego.

W ofercie należy podać **wartość zamówienia netto i brutto tj. wypełnić formularz ofertowy (zał.nr 1) podając cenę za 1 szt. lub 1 opakowanie produktu.**

1. Przekazanie oferty: **12.03.2018r do godz. 09.00**

**Ofertę należy przekazać do siedziby SP ZOZ w Sławkowie lub na adres e-mail. W przypadku przesłania pocztą lub osobistego przekazania oferty, całość dokumentów musi znajdować się w zabezpieczonej kopercie. Obligatoryjne jest podanie nazwy i adresu dostawcy jak również adresu zamawiającego.**

**Ofertę należy opatrzyć napisem:**

**Zapytanie ofertowe z dnia 01.03.2018r**

**Oferta będzie ważna jeżeli zostanie przekazana e-mailem na** [**adres : slawkzoz@konto.pl**](mailto:adres%20:%20slawkzoz@konto.pl)

1. Osoba upoważniona do kontaktu **Agata Grzebinoga** ,nr telefonu

**(32) 2609930** w godzinach od **8.00 do 14.00**

**Zał. nr 1 do zapytania ofertowego z dn.01.03.2018r**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa preparatu** | **j.m czyli (1 sztuka lub 1 opakowanie ze wskazaniem ilości sztuk, ml lub gram )** | **Oferowana cena** |
| 1. | Masa wyciskowa-Kromopan 1 op 450g | 24 op |  |
| 2 | Oranwash 140 ml | 10 op |  |
| 2a | Indurent gel 1 szt. | 10 op |  |
| 3 | Eugenol 10 g | 6-8 op |  |
| 4 | Tlenek cynku 60 g | 4 op |  |
| 5 | Podkład Agatos proszek 30 g | 6 op |  |
| 6 | Canal-DRY 45 ml | 8 op |  |
| 7 | Gumki zielone- płomyki,kielichy- 1szt | 50 |  |
| 8 | Life Keer 24 g | 4 op |  |
| 9 | Wiertła na turbinę diamentowe:stożki kulka,płomyk 1szt | Ok. 200 szt. |  |
| 10 | Tacki stomatologiczne (jednorazowe) | 400 szt. |  |
| 11 | Coltosol F 38 g | 5 op |  |
| 12 | Thymodent –fleczer 100 g | 2 op |  |
| 13 | Amalgamat nr 1- kapsułki 1op.100szt | 700 szt |  |
| 14 | Helioseal lakier 1,25g | 4 op. |  |
| 15 | Ślinociągi 1 op 100 szt | 20 op |  |
| 16 | chloran 2% 200ml | 5 op |  |
| 17 | Aplikatorki Dentaline (Positive) 1op100szt | 40 op |  |
| 18 | Wkłady do spluwaczki 50szt | 40 op |  |
| 19 | Endometazon 14g | 3 op |  |
| 20 | Wytrawiacz Arkona 13 g | 6 op |  |
| 21 | Igły Lentullo 1 op | 50 op |  |
| 22 | Crystalina lub Compolux 1 op | 6 op |  |
| 23 | Miazgociągi 1 op | 100 op. |  |
| 24 | Paski tłoczone anatomicznie 1 op | 10 op |  |
| 25 | Igły Milera 1 szt. | 50 szt. |  |
| 26 | Biopulp 1 szt. | 4 op. |  |
| 27 | Kamphenol 1 szt. | 3 op. |  |
| 28 | Crezofen 1 szt | 3 op |  |
| 29 | Lakier Fluor Protector 0,4 ml w butelce 1 szt. | 30 op |  |
| 30 | Formówki białostockie 1 op. | 3 op |  |
| 31 | Opti-bond solo 3 ml | 10 op |  |
| 32 | Charisma 4 g | 10 szt. |  |
| 33 | Cold Spray 200 ml | 3 op |  |
| 34 | Depulpin 3g | 2 op |  |
| 35 | Alustin 10 g | 4 op |  |
| 36 | GC Fuji(kapsuła) | 250 szt. |  |
| 37 | Ubistezin forte | 400 szt. |  |
| 38 | Citocartin | 400 szt. |  |
| 39 | Lignocainum Hydrochloricum 2% inj. | 400 szt. |  |
| 40 | Lignocainum hydrochloricum 2% cum noradrenalino 0,00125% | 400 szt. |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Oświadczam , że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego z dnia 01.03.2018r, formularzem ofertowym (zał. nr 1) oraz ze wzorem umowy ( zał. nr 2) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Przyjmuję do wiadomości iż podane w formularzu (zał nr 1) ilości produktów są jedynie orientacyjnym określeniem potrzeb Zamawiającego i nie stanowią zobowiązania do ich zakupu.

…………………………………………………………………….

Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji.