

**SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU**

**ul. Piłsudskiego 2/4**

**05-870 Błonie**

**tel./fax. 22 7319777**

**e-mail: sekretariat@przychodniablonie.pl**

Znak sprawy: ZO.01/2026

**Błonie, 09.06.2026**

**Do Wykonawców**

**ZAPYTANIE OFERTOWE/CENOWE**

**1. Zamawiający:**

**SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU**

**zaprasza do złożenia ofert na:**

**Przedmiot zamówienia dostawa:**

**Sprzętu medycznego na potrzeby SAMODZIELNEGO GMINNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W BŁONIU** w ilościach i o parametrach wymienionych w **OPZ cz. C oraz E,**

**2. (w zał. Opis Przedmiot Zamówienia na cz. C oraz E)**

**3. Termin realizacji zamówienia: od daty podpisania umowy do 14 dni**

Zamawiający określa następujące warunki, w jakich przewiduje możliwość dokonania zmian zawartej umowy odnośnie wydłużenia terminu realizacji:

1. W przypadku, gdy z przyczyn technicznych (w szczególności zakończenia produkcji lub niedostępności

na rynku urządzenia zaoferowanego w ofercie) konieczne jest dokonanie zmiany np. rodzaju/modelu/typu, a parametry te będą nie gorsze niż parametry zaproponowanego w ofercie urządzenia.

2. Z powodu działania siły wyższej, np. wystąpienia zdarzenia losowego wywołanego przez czynniki zewnętrzne, którego nie można było przewidzieć, w szczególności zagrażającego bezpośrednio życiu lub zdrowiu ludzi lub grożącego powstaniem szkody w znacznych rozmiarach.

3. Z uwagi na masowe występowanie choroby zakaźnej ludzi, mające bezpośredni lub pośredni wpływ na terminową realizację niniejszego zadania.

SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU

4. Z przyczyn zależnych i niezależnych od Zamawiającego, których nie mógł przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

5. Z uwagi na ewentualne zakłócenia w łańcuchach dostaw w gospodarce, spowodowane sytuacją w kraju i/lub na świecie, mające wpływ na terminowe dostawy, pod warunkiem przedstawienia przez Wykonawcę Zamawiającemu stosownych dowodów.

Zmiana terminu realizacji zamówienia wynikająca z ewentualnych powyższych przesłanek zostanie wprowadzona w formie aneksu do umowy.

4. Okres gwarancji: **min. 24 m-ce**.....

5. Inne wymogi: - określone w **OPZ**, stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego

6. Miejsce i termin złożenia oferty: elektronicznie na email: **koordynator@przychodniablonie.pl**, lub pisemnie do dnia **19.06.2026 do godz.14.00 w siedzibie Zamawiającego**.....

7. Termin otwarcia ofert: **19.06.2026 godz. 14:30**.....

8. Warunki płatności: w terminie **do 30 dni** od daty złożenia prawidłowo wystawionej faktury przez *Wykonawcę* .....

Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcą: Pani **Małgorzata Dopierała**

9. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim.

10. W celu zagwarantowania najniższej ceny dopuszcza się możliwość negocjacji cen z wykonawcami.

11. Zamawiający dopuszcza możliwość unieważnienia postępowania lub odstąpienia od zawarcia umowy w każdym czasie bez podania przyczyny.

.....  
podpis Zamawiającego

w załączeniu do zapytania:

- opis przedmiot zamówienia / zał. nr 1
- wzór oferty
- wzór umowy / zał. Nr 2
- oświadczenie DNSH

## Treść oferty wykonawcy:

1. Nazwa wykonawcy .....

Adres wykonawcy .....

.....

2. NIP .....

3. Regon .....

4. Nr rachunku bankowego: .....

5. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia **na dostawę:**

**Sprzętu medycznego na potrzeby SAMODZIELNEGO GMINNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI**

**ZDROWOTNEJ W BŁONIU** w ilościach i o parametrach wymienionych w **OPZ cz. C oraz E,**

Za łączną kwotę:

Cenę netto: ..... zł

(słownie: ..... złotych)

Podatek VAT ..... zł (słownie: .....złotych)

**Cenę brutto: ..... zł**

**(słownie: ..... złotych)**

6. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

7. Oferuję okres gwarancji: .....

8. Potwierdzam termin realizacji zamówienia: od daty podpisania umowy w **terminie 14 dni**

9. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym/wzorze umowy.



Fundusze Europejskie  
na Infrastrukturę,  
Klimat, Środowisko



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU

10. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia wykonam z/bez udziałem/u podwykonawców \*  
(nazwa (firma) .....

\* zaznaczyć właściwe

11. Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu z postępowania** na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o **szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.)

Miejscowość, dnia.....

.....  
podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**UWAGA! Składając Ofertę elektronicznie należy podpisać ją kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.**