**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU NA ZAKUP I DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO, NIEZBĘDNEGO DO PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19,**

**NA POTRZEBY LUBUSKICH PODMIOTÓW LECZNICZYCH**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE – Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego**

UL. PODGÓRNA 7, 65-057 ZIELONA GÓRA

NIP 973-05-90-332, REGON 977895931

TEL. 68 45 65 591

**Dane kontaktowe:**

tel. 68 45 65 591, 68 45 65 503

e-mail: sekretariat.dz@lubuskie.pl

**Przedmiotem niniejszego ogłoszenia** jest zebranie ofert w procedurze o realizację zamówienia na zakup i dostarczenie sprzętu - aparatury medycznej, niezbędnego do przeciwdziałania pandemii koronawirusa COVID-19 na potrzeby lubuskich podmiotów leczniczych:

**Aparat do diagnozowania SARS-CoV-2 metodą PCR typ: System ELITE INEGNIUS
z możliwością przebadania 12 próbek jednocześnie – 1 szt.**

Wykonawca winien złożyć ofertę cenową na asortyment wraz z określeniem terminu dostawy sprzętu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

.

**Termin i sposób składania ofert:**

1. Ofertę należy złożyć wg wzoru formularza ofertowego (zał.);

2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim;

3. Oferta musi być czytelna;

4. **Ofertę należy złożyć w terminie do 15 czerwca 2020 r.,** na adres: sekretariat.dz@lubuskie.pl

|  |
| --- |
|  |

ZAŁĄCZNIK do Ogłoszenia

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE –****Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego**UL. PODGÓRNA 7, 65-057 ZIELONA GÓRA NIP 973-05-90-332REGON 977895931Nazwa jednostki zamawiającej |  | Oferent |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru**  | **ilość** | **Cena/szt.** | **Wartość w złotych brutto** | **Data realizacji – dostawy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOŚĆ**  |  |  |  |  |

.................................................... .........................................................

Wykonawca (dostawca) Zamawiający