



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Kup, dn. 10 września 2018r.

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35



Zapytanie ofertowe

o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych
równowartości kwoty 30 000 euro

W imieniu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie wykonania przebudowy fragmentu instalacji kanalizacji sanitarnej w Szpitalu w Kup.

1. Przedmiotem zamówienia jest:
 - 1.1. Przedmiotem zamówienia jest wykonanie przebudowy fragmentu instalacji kanalizacji sanitarnej w segmencie „B” Szpitala Pulmonologiczno-Reumatologicznego przy ulicy Karola Miarki w Kup.
 - 1.2. Integralną częścią opisu przedmiotu zamówienia jest dokumentacja techniczna (przedmiar, opisy, plany, rzuty) stanowiąca załączniki do niniejszego zapytania.
 - 1.3. Wykonanie przedmiotu zamówienia musi zostać wykonane zgodnie z warunkami określonymi w ww. dokumentacji technicznej.
 - 1.4. Zaleca się, aby wykonawca dokonał wizji lokalnej a także zdobył, na swoją własną odpowiedzialność i ryzyko, wszelkie dodatkowe informacje, które mogą być konieczne do przygotowania oferty oraz zawarcia umowy i wykonania zamówienia. Koszty dokonania wizji lokalnej terenu budowy poniesie wykonawca. Prace muszą być wykonywane zgodnie z obowiązującymi przepisami i normami w tym zakresie oraz należytą starannością.
 - 1.5. Do Wykonawcy należy zabezpieczenie i oznakowanie terenu robót, uporządkowanie terenu po zakończeniu prac oraz usunięcie i wywiezienie wszelkich zbędnych materiałów, odpadów i śmieci.
 - 1.6. Wszystkie materiały zastosowane przy wykonaniu w/w robót winny posiadać atesty, certyfikaty i aprobaty techniczne dopuszczające do stosowania w obiektach użyteczności publicznej.
 - 1.7. W każdym czasie, w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu dokumenty, o których mowa powyżej.
 - 1.8. Wykonawcy zobowiązani są do udzielenia Zamawiającemu co najmniej **36 miesięcznej gwarancji** na wykonane prace.
 - 1.9. Okres gwarancji rozpoczyna swój bieg począwszy od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru robót, potwierdzającego prawidłową realizację zamówienia.
 - 1.10. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o czas pomiędzy zgłoszeniem awarii lub usterki a jej skuteczną naprawą.
 - 1.11. Wybrany Wykonawca przekaże Zamawiającemu gwarancje producentów, aprobaty techniczne, certyfikaty i atesty na materiały montowane w ramach realizacji zamówienia.
 - 1.12. W ofercie należy podać: cenę za kompleksowe wykonanie przedmiotu zamówienia okres gwarancji i termin płatności.



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ambulatorium
w Chrósticach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35



- 1.13. Podstawą do wystawienia faktury przez Wykonawcę będzie stanowił protokół odbioru, podpisany przez upoważnionych przedstawicieli stron.
- 1.14. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
- 1.15. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi zał. nr 2 do niniejszego zapytania.
- 1.16. Dokumentacja techniczna stanowi zał. nr 3 do niniejszego zapytania.
2. Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
3. Termin realizacji – **do dnia 22 października 2018r.**
4. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**.
5. Informacje dodatkowe:
 - 5.1. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert.
 - 5.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - 5.3. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
 - a) w zakresie przedmiotu zamówienia: **Mirosław Wójciak**, tel. 500 040 071,
 - b) w zakresie procedury zamówienia: **Ewa Jonienc**, tel. 501 103 989,
 - 8.4. Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup lub przesłać na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu - w terminie do dnia **17 września 2018r.**, do godziny **14⁰⁰**
- 7.1. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 20 września 2018r.
- 7.2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW
Ewa Jonienc
mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

1. Formularz OFERTA,
2. Projekt umowy,
3. Dokumentacja techniczna.