

**ZAPROSZENIE**  
**w trybie zapytanie ofertowego**  
**na usługi taxi na rzecz**

**Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu**

Zamówienie o wartości mniejszej niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – ustawy Prawo zamówień publicznych

**I. Zamawiający:**

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej ,  
ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław,  
KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384  
tel. 71 306 44 39, faks 71 306 48 67. Mail: [t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl)  
Adres strony internetowej zamawiającego: [www.szpital-marciniak.wroclaw.pl](http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl)

**II. Opis przedmiotu zamówienia.** CPV 60120000-5

Przedmiotem zamówienia są usługi taxi - realizowane na wezwanie telefoniczne.  
Przedmiot zamówienia szczegółowo został opisany w Formularzu ofertowym,  
stanowiącym integralną część Zapytania ofertowego oraz w projekcie umowy.  
Zamawiający szacuje około 16 wyjazdów w miesiącu.

**III. Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:**

- 1) Wypełniony „FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY” .
- 2) Aktualny wpis do właściwego rejestru, uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym (potwierdzony za zgodność z oryginałem przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy).

**IV. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami:**

Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego: faksem pod nr 71-306 48 67, mailem na adres:

[t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl)

lub pisemnie na adres:

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A.E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław - najpóźniej na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

**V. Sposób przygotowania wysyłki:**

- 1) Dokumenty wymienione w punkcie III można przesłać drogą mailową (skany) na adres [t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl](mailto:t.wysocki@szpital-marciniak.wroclaw.pl) lub oryginały dostarczyć do siedziby Zamawiającego we Wrocławiu przy ul. Gen A.E. Fieldorfa 2.
- 2) Koperta powinna być zaadresowana na Zamawiającego i posiadać dopisek – „**Oferta usługi TAXI**”

**VI. Termin składania ofert.**

Formularz ofertowy wraz z pozostałymi dokumentami należy przesłać/dostarczyć w terminie do **17.08.2018 r. do godz. 10:00.**

**VII. Termin związania ofertą :**

Wykonawca jest związany swoją ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

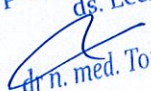
**VIII. Kryterium**

Przy wyborze Wykonawcy Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną oferty.

**IX. Informacje o wyborze najkorzystniejszej oferty cenowej**

Zamawiający zamieści na stronie internetowej w terminie 3 dni roboczych liczonych od upływu zatwierdzenia rozstrzygnięcia przez Dyрекcję Szpitala.

Wrocław 08.08.2018 r.

p.o. Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
  
dr n. med. Tomasz Tomkalski

