

Zapytanie ofertowe
na usługi przewozu osób i towarów o ładowności do 150 kg 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
Adres strony internetowej zamawiającego: www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

II. Opis przedmiotu zamówienia. CPV 60170000-0

Przedmiotem zamówienia są usługi przewozu osób i towarów o wadze do 150 kg realizowane na wezwanie telefoniczne. Przedmiot zamówienia szczegółowo został opisany w Formularzu ofertowym, stanowiącym integralną część Zapytania ofertowego oraz w projekcie umowy.

Zamawiający szacuje około 14-18 wyjazdów w miesiącu.

III. Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:

- 1) Wypełniony druk „OFERTA”
- 2) Wypełniony i zaparafowany wzór umowy.
- 3) Aktualny wpis do właściwego rejestru, uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym (potwierdzony za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę).

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 lub pisemnie na adres:

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A.E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław - najpóźniej na 3 dni przed upływem terminu składania ofert.

V. Sposób przygotowania wysyłki:

- 1) Ofertę należy umieścić w zaklejonej kopercie. Koperta powinna być zaadresowana na Zamawiającego i posiadać dopisek – „Oferta usługi przewozu osób i towarów ”
- 2) Koperta powinna zawierać wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia, wyszczególnione w pkt.III niniejszego zapytania ofertowego, powinna być zaadresowana na Zamawiającego i oznaczona pieczęcią Wykonawcy.

VI. Miejsce oraz termin składania ofert.

Dokumenty wymienione w pkt III prosimy o przesłanie na adres:

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka,
Centrum Medycyny Ratunkowej,
ul. Gen. A.E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław,

sekretariat pokój 1900 I piętro, w terminie 10.06.2016 r. do godz. 10:00, otwarcie o godz. 10:15 w pokoju 2930 II piętro.

VII. Termin związania ofertą :

Wykonawca jest związany swoją ofertą przez okres 45 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

VIII. Kryterium

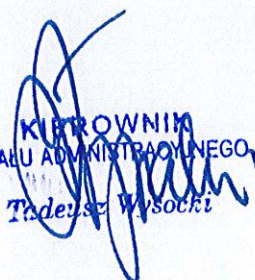
Przy wyborze Wykonawcy Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną oferty.

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 25.05.2016 r.

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im.T. Marciniaka-Centrum Medycyny Ratunkowej
Dział Administracyjny
54-049 Wrocław, ul. A. E. Fieldorfa 2
tel. 71-306 44 48, NIP 899 22 28 560


KIEROWNIK
DZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO
Tadeusz Wysocki