

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony

z siedzibą w Częstochowie

Sekcja Remontów i Inwestycji

(nazwa jednostki organizacyjnej)

tel./fax email: 34/3702133, piotr.projekt@gazeta.pl

Zapytanie Ofertowe

na (nazwa, dostawy, usługi lub roboty budowlanej)

Remonty Oddziałów Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie – w zakresie remontu pomieszczeń higieniczno – sanitarnych w obiekcie Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie pawilon A dla potrzeb Nocnej i Świątecznej pomocy Medycznej oraz Poradni Specjalistycznych

I. ZAMAWIAJĄCY

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie

przy ul. Mirowskiej 15

NIP: 949 17 63 544

REGON: 151586247

KRS: 0000026830

.....
nazwa jednostki organizacyjnej nr telefonu i adres do korespondencji:
.....

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1 Przedmiotem zamówienia jest:

Remonty Oddziałów Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie – w zakresie remontu pomieszczeń higieniczno – sanitarnych w obiekcie Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie pawilon A dla potrzeb Nocnej i Świątecznej pomocy Medycznej oraz Poradni Specjalistycznych

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Zgodnie z załączoną specyfikacją oraz przedmiarem robót

2 Wymagana gwarancja *24 miesiące*

3 W celu realizacji zamówienia Zamawiający, przekaże Wykonawcy materiały w postaci: *realizacja z materiałów własnych*

4 Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

5 Zamawiający ~~dopuszcza~~/nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

6 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania:

- działalność gospodarcza w zakresie objętym zamówieniem
- uprawnienia budowlane do kierowania robotami budowlanymi
- potencjał ludzki i maszynowy niezbędny do wykonania przedmiotowego zadania

** pkt 3-7 wypełnić w razie potrzeby*

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: *dwa tygodnie od daty podpisania umowy*
Uwaga: *umowa na realizację zadania zostanie podpisana po otrzymaniu dotacji od organu założycielskiego*

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: *SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony, ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa* do dnia *01.11.2017* do godziny 10.00
(01.11.2017)
1. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
2. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
4. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: www.zsm.czyst.pl w dniu *28.11.2017* 2017r.

VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

-cena -100% lub:

-cena% i inne kryteria np. termin wykonania zamówienia.....%

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: www.zsm.czyst.pl

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela Piotr Kaczmarczyk pod numerem telefonu 662 086 523 oraz adresem email: piotr.projekt@gazeta.pl

IX. ZAŁĄCZNIKI

- wzór Formularza Oferty
- projekt umowy. (*W przypadku, gdy jest wymagana)
- specyfikacja techniczna
- przedmiar robót

ZATWIERDZAM

Wojciech Konieczny
DYREKTOR
Wojciech Konieczny