

Załącznik nr 3  
do regulaminu udzielania zamówień publicznych  
o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto

**Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28  
53-208 Wrocław  
tel. 71 363 12 23  
REGON 000313331  
NIP 894-24-60-800

Znak sprawy: DAT.241.18.2020.2.BWŁ

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na:

**„WYKONANIE PRZEGLĄDU, KALIBRACJI APARATURY I URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH WRAZ Z WPISEM DO PASZPORTÓW TECHNICZNYCH W OBIEKTACH W CZ SPZOZ”**

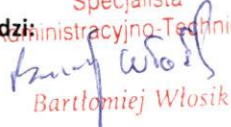
*Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30 000 Euro*

**1. Zamawiający:**

**Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

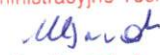
ul. Podróżnicza 26/28,  
53-208 Wrocław

Sprawę prowadzi: <sup>Specjalista</sup>  
Działu Administracyjno-Technicznego

  
Bartłomiej Włosik

**Podpis kierownika działu:**

<sup>Kierownik</sup>  
Działu Administracyjno-Technicznego

  
Agnieszka Młyńczak  
Wrocław, dnia 22.12.2020 r.

**Zatwierdził:**

<sup>Z-ca Dyrektora</sup>  
<sup>ds. Ekonomicznych</sup>  
  
Wanda Bem

**2. Opis przedmiotu zamówienia, zakres zamówienia, termin realizacji zamówienia:**

Wykonawca dokona przeglądu aparatury i sprzętu medycznego wskazanego w wykazie przez Zamawiającego (załącznik nr 1) wraz z dokonaniem wpisów w paszportach technicznych, w lokalizacjach wskazanych przez Zamawiającego **w terminach od dnia podpisania umowy:**

1. do dnia **08.04.2021 r.** - Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień ul. Samuela Lindego 19-21,
2. do dnia **15.04.2021 r.** - Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień ul. Wszystkich Świętych 2,
3. do dnia **31.01.2021 r.** - Przychodnia Grabiszyn ul. Stalowa 50
4. do dnia **28.02.2021 r.** - Przychodnia Stabłowice ul. Stabłowicka 125
5. do dnia **28.02.2021 r.** - Ośrodek Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji "CELMED" ul. Celtycka 15/17
6. do dnia **28.02.2021 r.** - Przychodnia Stare Miasto pl. Dominikański 6
7. do dnia **31.01.2021 r.** - Ośrodek Dziecięcych Porażeń Mózgowych "PUCHATEK" ul. Stalowa 50
8. do dnia **28.02.2021 r.** - Przychodnia Kozanów ul. Dokerska 9
9. do dnia **31.01.2021 r.** Centrum Zdrowia Psychicznego+ ul. Ostrowskiego 13C

### **3. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:**

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę i adres Oferenta, którego ofertę wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie zawarta umowa z Wykonawcą. W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Wykonawcę, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

Zamawiający ma prawo do unieważnienia zapytania ofertowego bez podania przyczyny.

### **4. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:**

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 30.12.2019r. do godz. 12:00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 9:00-14:30

Zamawiający dopuszcza składanie ofert e-mailem na adres: [bwlosik@spzoz.wroc.pl](mailto:bwlosik@spzoz.wroc.pl)

**5. Opis warunków udziału w postępowaniu:**

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1,
- wypełnionego formularza asortymentowo-cenowego

Oferta musi być podpisana przez uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa. Oferty niekompletne nie będą rozpatrywane.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

**6. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:**

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem: [bwlosik@spzoz.wroc.pl](mailto:bwlosik@spzoz.wroc.pl)

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

- Bartłomiej Włosik, tel. 71/391 17 46

**7. Warunki płatności za przedmiot zamówienia:** Zapłata wynagrodzenia na rzecz Wykonawcy dokonana będzie po dokonaniu przeglądu w każdej lokalizacji po obustronnym podpisaniu protokołu wykonania przeglądu i na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT, w terminie **21 dni** od daty ich doręczenia Zamawiającemu.

Załączniki do zapytania ofertowego:

- załącznik nr 1 – formularz ofertowy
- załącznik nr 2 – wzór umowy
- załącznik nr 3 – formularz asortymentowo-cenowy