

Wrocław, 2019-07-18

ZNAK SPRAWY: DAT.241.18.2019.2.BWL

**ZAPYTANIE OFERTOWE NA ŚWIADCZENIE USŁUGI ODBIORU, TRANSPORTU I UTYLIZACJI  
ODPADÓW MEDYCZNYCH I NIEBEZPIECZNYCH  
dla Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław, NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Kody CPV: 90524400-0 ; 90513300-9

Przedmiotem zamówienia jest: Świadczenie usługi odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych i niebezpiecznych dla Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ w ilościach i lokalizacjach wskazanych poniżej.

L.p.	Nazwa przychodni	Adres	Kod odpadów	Szacowana ilość odpadów rocznie (kg)	Częstotliwość odbioru odpadów
1	Przychodnia "GRABISZYN"	ul. Stalowa 50, Wrocław	180101 180103 180109	180	2 razy w tygodniu (wtorek, piątek)
2	Przychodnia „KOZANÓW”	ul. Dokerska 9, Wrocław		620	1 raz w tygodniu
3	Przychodnia „STARE MIASTO”	Pl. Dominikański 6, Wrocław		170	1 raz w tygodniu
4	Przychodnia „STABŁOWICE”	ul. Stabłowicka 125, Wrocław		250	1 raz w tygodniu
5	Ośrodek Dziecięcych Porażień Mózgowych „PUCHATEK”	ul Stalowa 50, Wrocław		40	1 raz w tygodniu
6	Ośrodek Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji „CELMED”	ul. Celtycka 15/17 , Wrocław		60	1 raz na 2 tygodnie
7	Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień	ul. Lindego 19-21, Wrocław		60	1 raz w tygodniu
8	Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień	ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław		820	2 razy w tygodniu (wtorek, piątek)
9	Centrum Zdrowia Psychicznego +	ul. Ostrowskiego 13C, Wrocław		30	1 raz na 2 tygodnie
10	33 gabinety medycyny szkolnej	Szkoły na terenie Wrocławia		160	Zgodnie ze zgłoszeniem

Zapotrzebowanie na 1 rok. Kody CPV: 90524400-0 ; 90513300-9

Płatność: 30 dni od dnia dostarczenia faktury

**III. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca pozostaje związany złożoną ofertą przez okres 30 dni.

**IV. TERMIN SKŁADANIA OFERT**

Oferty należy składać do dnia **26.07.2019 r. do godz. 13:00** w siedzibie Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław, sekretariat pok. 104 I piętro lub pocztą mail na adres: [bwlosik@spzoz.wroc.pl](mailto:bwlosik@spzoz.wroc.pl)

**V. ZAWIADOMIENIE O WYBORZE OFERTY I PODPISANIE UMOWY**

Zamawiający zawiadomi oferentów o wyborze najkorzystniejszej oferty poprzez umieszczenie informacji na stronie [www.spzoz.wroc.pl](http://www.spzoz.wroc.pl)

**VI. UNIEWAŻNIENIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania bez podania przyczyny.

**VII. DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela: Bartłomiej Włosik tel. 71 391 17 46, mail: [bwlosik@spzoz.wroc.pl](mailto:bwlosik@spzoz.wroc.pl)

ZAŁĄCZNIK 1 Projekt umowy

ZAŁĄCZNIK 2 Formularz asortymentowo-cenowy

Zca Dyrektora  
ds. Sprzedaży  
*Piotr Lugoński*