

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.241.15.2020.1.AML

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na naprawę dachu budynku Przychodni Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu.

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

Dyrektor
Zatwierdził:
Wojciech Skiba



Wrocław, dnia 21.09.2020r.

2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Klasyfikacja zamówienia wg CPV: 45261910- Naprawa dachów

Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest naprawa dachu budynku Przychodni Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu. Szczegółowy opis stanowi:

1. Przedmiar

2. Projekt umowy

Minimalne wymagane parametry papy:

- papa termozgrzewalna asfaltowa modyfikowana SBS, na osnowie poliestrowej
- gramatura osnowy 250 g/m²,
- grubość min. 5,2 mm,
- elastyczność w niskich temperaturach nie gorzej niż -20 st.C
- odporność na spływanie w podwyższonych temperaturach min. 100 st.C

3. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie stosował następujące kryteria:

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert niepodlegających odrzuceniu przy zastosowaniu poniższych kryteriów:

cena „C” – 90%,

Kryterium nr 1 – Cena oferty brutto – będzie określona proporcjonalnie wg wzoru:

najniższa cena brutto z badanych ofert

$C = \frac{\dots}{\dots} \times 90 \text{ pkt}$

cena brutto oferty badanej

okres gwarancji „G” - 10%

Kryterium nr 2 – Okres gwarancji G – będzie określona proporcjonalnie wg wzoru:

Okres gwarancji w ofercie badanej

$G = \frac{\dots}{\dots} \times 10 \text{ pkt.}$

Najdłuższy okres gwarancji ze wszystkich ofert

Wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego min. 36 miesięcy

4. Termin i miejsce realizacji zamówienia.

Miejsce: **Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, ul. Lindego 19-21, 51-138 Wrocław**

Termin realizacji zamówienia: 30 dni od dnia podpisania umowy

5. 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.

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

6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty należy składać w formie pisemnej do dnia **28.09.2020r. do godz. 14.30** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28** lub wysłać na adres mailowy **amlynczak@spzoz.wroc.pl**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 7:30-15:00

7. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- a) wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1,
- b) ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na łączną kwotę równą co najmniej 100 000 zł.

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

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.

8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

- a) pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław
- b) e-mailem – amlynczak@spzoz.wroc.pl

Osoba uprawniona do kontaktu z Oferentami: Agnieszka Młyńczak tel. 71 391 17 53

9. Załączniki do zapytania ofertowego:

- załącznik nr 1 – formularz ofertowy
- Przedmiar
- Projekt umowy
- klauzula informacyjna -RODO