



Zapytanie ofertowe  
NA PRZEPROWADZENIE OKRESOWEJ ROCZNEJ KONTROLI  
POLEGAJĄCEJ NA SPRAWDZENIU STANU TECHNICZNEGO  
I PRZYDATNOŚCI DO UŻYTKOWANIA OBIEKTÓW BUDOWLANYCH  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W  
MOŃKACH

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach  
ul. Al. Niepodległości 9 19-100 Mońki zwanym dalej  
„Zamawiającym” zaprasza do złożenia oferty na:

**1. Przedmiot zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie rocznego przeglądu stanu technicznego i przydatności do użytkowania elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas

użytkowania obiektów zgodnie z ustawą Prawo budowlane art. 62 ust. 1 pkt 1 a (Dz.U.2013.1409 z późn. zm.).

**Wykaz poszczególnych obiektów budowlanych stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zapytania (załącznik zawiera obiekty budowlane znajdujące się w :**

a/ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach

ul. Al. Niepodległości 9 19-100 Mońki

b/ Gminny Ośrodek Zdrowia w Jasionówce

ul. Rynek 20 19-122 Jasionówka

c/ Gminny Ośrodek Zdrowia w Jaświłach

Jaświły 13 19-124 Jaświły

d/ Gminny Ośrodek Zdrowia w Krypnie

Krypno 6 19-111 Krypno Kościelne

e/ Gminny Ośrodek Zdrowia w Trzciannem

ul. Wojska Polskiego 12 19-104 Trzcianne

f/ Przychodnia Rejonowa w Goniądzu

ul. Konstytucji 3 Maja 1 19-110 Goniądz

g/ Wiejski Ośrodek Zdrowia w Kalinówce Kościelnej

Kalinówka Kościelna 34 19-120 Kalinówka Kościelna

Protokoły przeglądu poszczególnych budynków należy dostarczyć w wersji papierowej (po 2 egz.).

**UWAGA!!**

1. Całość usługi objętej niniejszym zapytaniem winna być świadczona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, powszechnie obowiązującymi zaleceniami, zasadami i wytycznymi w tym zakresie, a w szczególności zgodnie z Ustawą– Prawo Budowlane

**2. Termin realizacji zamówienia :**

od dnia podpisania umowy do dnia **31.03.2018r.**

**3. Miejsce wykonania zamówienia:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach.

**4. Miejsce i termin złożenia oferty:**

Sekretariat Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach  
ul. Al. Niepodległości 9 19-100 Mońki

**Termin złożenia oferty: do dnia 14.03.2018 r. do godz. 09:00.**

**Termin otwarcia ofert: 14.03.2018 r. o godz. 10:00, pokój nr 5, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach ul. Al. Niepodległości 9 19-100 Mońki (Sekcja A-T)**

**5. Warunki płatności : 60 dni** licząc od dnia otrzymania prawidłowego rachunku lub faktury

VAT. Podstawą wystawienia faktury VAT lub rachunku za wykonaną usługę jest podpisany protokół odbioru.

**6. Inne szczególne warunki :**

Warunki realizacji niniejszego przedmiotu umowy określa wzór umowy stanowiący załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

**7. Kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty:** najniższa cena (waga kryterium – 100%cena)

**8. Osoby upoważnione do kontaktu z wykonawcami:  
w sprawach formalnych (proceduralnych)**

Piotr Kulikowski

Tel. 668 877 524

**9. Termin związania ofertą wynosi:** 14 dni od dnia otwarcia ofert.

**10 . Sposób złożenia oferty:**

Ofertę należy sporządzić w języku polskim w formie pisemnej i złożyć w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach ul. Al. Niepodległości 9 19-100 Mońki

**Minimalna treść oferty (wzór):**

Wzór oferty zawiera załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego, przy czym w razie składania oferty na własnym wzorcu należy w niej uwzględnić, co najmniej:

Identyfikacja:

1. nazwa

wykonawcy.....,

2. adres siedziby.....,

3.NIP.....,

4. KRS .....(jeśli dotyczy),

5. nr r-ku bankowego .....

6. tel./ fax.....,

7. osoba upoważniona do kontaktów.....,

Cena:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

**Cenę netto**..... zł (słownie złotych.....)

/ jeśli przewidziano - **Podatek VAT**..... Z

(słownie złotych

.....)

**Cenę brutto**..... zł (słownie złotych.....)

Oświadczenia dodatkowe:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń .
2. Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia **31.03.2018r.**
3. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
4. Okres związania ofertą Niniejszym oświadczam, że oferta ta jest ważna 14 dni od dnia otwarcia ofert
5. Oświadczam, że dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia i przedłożę na wezwanie Zamawiającego stosowne dokumenty. Oferta winna być podpisana przez osobę/ osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu w załączeniu KRS lub CEiDG oraz pełnomocnictwo do podpisania oferty, w przypadku gdy oferta jest podpisana przez osobę nie figurującą w rejestrze lub wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Wzór oferty (formularz ofertowy)
- Załącznik nr 2– Wykaz obiektów podlegających przeglądowi
- Załącznik nr 3- Wzór umowy
- Załącznik nr 4 – Oświadczenie o VAT dla osób fizycznych
- Załącznik nr 5 – Formularz cenowy

**Wszystkie załączniki stanowią integralną część treści niniejszego zapytania .**

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mohakach  
*Jarosław Pokoleńczuk*