



SCM sp. z o. o.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup

ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

Tel.77/403-28-50; fax.77/403-28-53; sekretariat@szpital-kup.eu; www.szpital-kup.eu

Kup, dn. 30 października 2015r.

Szpital Pulmonologiczno
-Reumatologiczny w Kup
tel.77 403-28-50

Szpital Rehabilitacyjny
w Pokoju
Tel.77/406-54-50

Ośrodek Rehabilitacji
Leczniczej w Suchym Borze
tel/fax 77/427-07-75

Ambulatorium
w Chróścicach (POZ)
Tel/fax 77/469-52-35



Zapytanie ofertowe

o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych
równowartości kwoty 30 000 euro

W imieniu Zamawiającego, Stobrowskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.
z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej
w zakresie **przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego za okres
od 01.07.2014r. do 31.12.2015r.**

1. Zakres:

- Zbadanie czy sprawozdanie finansowe jest zgodne z wymagającymi zastosowania zasadami (polityką) rachunkowości oraz na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych.
 - Zbadanie czy sprawozdanie finansowe jest zgodne z wpływającymi na treść sprawozdania finansowego przepisami prawa i postanowieniami statutu spółki.
 - Zbadanie czy sprawozdanie finansowe przedstawia rzetelnie i jasno wszystkie informacje istotne dla oceny sytuacji majątkowej i finansowej spółki na dzień 31.12.2015r, jak też jej wyniku finansowego za rok obrotowy od dnia 01.07.2014r do 31.12.2015r.
- Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
 - Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia, wraz z ofertą, projektu umowy.
 - Formularze dostępne na stronie www.szpital-kup.eu, w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
 - Termin realizacji – **w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31.03. 2016r.**
 - Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%**
 - Informacje dodatkowe:
 - Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących ofert. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego:
– Główna Księgowa **Sonia Cebulla**, tel. **508-157-973**.
 - Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
 - Oferty należy złożyć w terminie do dnia **5 listopada 2015r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego budynek główny Szpitala, parter, Dział zamówień publicznych i zakupów - pokój nr 26 lub przesłać faksem nr **77 427-47-84** bądź na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu
 - Wykonawcy zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 9 listopada 2015r.
 - Zamawiający zastrzega sobie prawo do zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW

mgr Ewa Jonienc

Załącznik:

- Formularz OFERTA