



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. 3 lutego 2016r.

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

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

Ośrodek Rehabilitacji  
Lecznicej 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, SCM Sp. z o. o. z siedzibą w Kup zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie stałej konserwacji sprzętu i przeglądów użytkowanego sprzętu medycznego.

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług stałej konserwacji i przeglądów użytkowanego sprzętu w terminach ustawowych na podstawie zestawienia stanowiącego załącznik do niniejszego zapytania oraz wykonywanie innych usług niezbędnych do utrzymania stałej zdolności techniczno-eksploatacyjnej użytkowanego sprzętu (montaż, demontaż, naprawy, remonty, orzeczenia stanu technicznego), w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego, po uprzednim telefonicznym zgłoszeniu.
2. Zestawienie sprzętu stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
3. Usługi powinny być świadczone zgodnie z obowiązującą normą **PN-EN 62353** (Medyczne urządzenia elektryczne - Badania okresowe i badania po naprawie medycznych urządzeń elektrycznych).
4. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi zał. nr 2 do niniejszego zapytania.
5. W ofercie należy podać propozycję terminu płatności za faktury oraz cenę za:
 

a) realizowanie usług stałej konserwacji i przeglądów w formie wynagrodzenia ryczałtowego w wysokości: .....	zł dla każdej jednostki sprzętu,
b) za koszt dojazdu do szpitala w Kup	w wysokości ..... zł,
c) za koszt dojazdu do szpitala w Pokoju	w wysokości ..... zł,
d) za koszt dojazdu do ORL w Suchym Borze	w wysokości ..... zł,
e) za koszt dojazdu do Ambulatorium w Chróścicach	w wysokości ..... zł,
f) za jedną roboczogodzinę pracy	w wysokości ..... zł.
6. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
7. Termin realizacji – **12 miesięcy od daty podpisania umowy.**
8. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena – 100%.**
9. Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących oferty. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: **Szymon Bajgier**, tel. **77 403-28-58**.
10. **Oferty wraz z zaakceptowanym projektem umowy** należy złożyć do dnia **10 lutego 2016r. do godz. 13:00**, w siedzibie zamawiającego budynek główny Szpitala, parter, pokój nr 26 lub przesłać faksem nr 77 427 47 84 bądź na jeden z podanych adresów e-mail: [szymonbajgier@szpital-kup.eu](mailto:szymonbajgier@szpital-kup.eu) lub [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)
11. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 12 lutego 2016r.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert.

## Załączniki:

1. Zestawienie sprzętu,
2. Projekt umowy.

KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW  
*[Podpis]*  
mgr Ewa Jonienc