



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. 14 października 2016r.

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 Stobrowskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. z siedzibą w Kup  
zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej w zakresie **przebudowy  
zadaszenia nad wejściem do Izby Przyjęć Dzieci w szpitalu w Kup.**

1. Przedmiotem zamówienia jest przebudowa zadaszenia nad wejściem do Izby Przyjęć Dzieci w Szpitalu w Kup Stobrowskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. z siedzibą w Kup.
  - 1.1. Integralną częścią opisu przedmiotu zamówienia jest projekt budowlany stanowiący załącznik do niniejszego zapytania.
  - 1.2. Wykonanie przedmiotu zamówienia musi zostać wykonane ~~spełnić~~ wszystkie zgodnie z warunkami określonymi w ww. projekcie.
  - 1.3. Zaleca się, aby wykonawca dokonał wizji lokalnej a także zdobył, na swoją własną odpowiedzialność i ryzyko, wszelkie dodatkowe informacje, które mogą być konieczne do przygotowania oferty oraz zawarcia umowy i wykonania zamówienia. Koszty dokonania wizji lokalnej terenu budowy poniesie wykonawca. Prace muszą być wykonywane zgodnie z obowiązującymi przepisami i normami w tym zakresie oraz należytą starannością.
  - 1.4. Do Wykonawcy należy zabezpieczenie i oznakowanie terenu robót, uporządkowanie terenu po zakończeniu prac oraz usunięcie i wywiezienie wszelkich zbędnych materiałów, odpadów i śmieci.
  - 1.5. Wszystkie materiały zastosowane przy wykonaniu w/w robót winny posiadać atesty, certyfikaty i aprobaty techniczne dopuszczające do stosowania w obiektach użyteczności publicznej.
  - 1.6. W każdym czasie, w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu dokumenty, o których mowa powyżej.
  - 1.7. Wykonawcy zobowiązani są do udzielenia Zamawiającemu co najmniej **36 miesięcznej gwarancji** na wykonane prace.
  - 1.8. Okres gwarancji rozpoczyna swój bieg począwszy od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru robót, potwierdzającego prawidłową realizację zamówienia.





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

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 Chrościcach (POZ)  
Tel/fax 77/469-52-35



- 1.9. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o czas pomiędzy zgłoszeniem awarii lub usterki a jej skuteczną naprawą.
- 1.10. Wybrany Wykonawca przekaze Zamawiającemu gwarancje producentów, aprobaty techniczne, certyfikaty i atesty na materiały montowane w ramach realizacji zamówienia.
- 1.11. W ofercie należy podać propozycję terminu płatności za faktury oraz cenę za kompleksowe wykonanie przedmiotu zamówienia.,
- 1.12. Podstawą do wystawienia faktury przez Wykonawcę będzie stanowił protokół odbioru, podpisany przez upoważnionych przedstawicieli stron.
- 1.13. Formularz oferty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.
- 1.14. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia stanowi zał. nr 2 do niniejszego zapytania.
2. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce *przetargi i konkursy* → **zapytania ofertowe**.
3. **Termin realizacji - w ciągu 21 dni od daty podpisania umowy.**
4. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **wartość oferty = 100%**.
5. **Informacje dodatkowe:**
  - 5.1. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści złożonych oferty.
  - 5.2. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
  - 5.3. Osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Zamawiającego jest **Marek Drobik**, tel. **731 697 561**, e-mail: [marek.drobik@szpital-kup.eu](mailto:marek.drobik@szpital-kup.eu)
  - 5.4. Oferty należy złożyć do dnia **20 października 2016r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego SEKRETARIAT, lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)
  - 5.5. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 21 października 2016r.
  - 5.6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

KIEROWNIK DZIAŁU  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAKUPÓW  
*mgr Ewa Joniec*

#### Załączniki:

1. Formularz oferty,
2. Projekt umowy,
3. Projekt budowlany przebudowy zadaszenia.