



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 **przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego za okres od 01.01.2016r. do 31.12.2016r.**

### 1. Przedmiotem zamówienia jest:

- 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 31.12.2016r., jak też jej wyniku finansowego za rok obrotowy od dnia 01.01.2016r. do 31.12.2016r.

2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełnią warunki udziału w postępowaniu dotycząc **posiadania wiedzy i doświadczenia**. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca - podmiot badający - złoży wraz z ofertą **wykaz co najmniej dwóch badań bilansu przeprowadzonych dla Szpitali będących spółką**, w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie.

3. Formularz oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.

4. Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia, wraz z ofertą, projektu umowy.

5. Termin realizacji - **w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 marca 2017r.**

6. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest **cena - 100%**.

### 7. Informacje dodatkowe:

7.1. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.

7.2. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego: **Sonia Cebulla - Główna Księgowa, tel. 77 403 28 54, kom. 508 157 973.**

7.3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.

7.4. Oferty należy złożyć w terminie do dnia **25 listopada 2016r. do godz. 15:00**, w siedzibie zamawiającego, budynek administracji Dział Zamówień Publicznych i Zakupów lub przesłać na adres e-mail: [zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu](mailto:zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu)

7.5. Formularze dostępne na stronie [www.szpital-kup.eu](http://www.szpital-kup.eu), w zakładce **przetargi i konkursy** → **zapytania ofertowe**.

7.6. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze oferty najkorzystniejszej w terminie do dnia 9 grudnia 2016r.

7.7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

### Załączniki:

- Formularz oferty

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