SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
WARSZAWA WOLA - ŚRÓDMIEŚCIE

ul.Ciołka 11 01-445 Warszawa tel. 22 836 71 81 fax 22 837 81 27 e-mail: sekretariat@zozwola.pl NIP 527 000 35 60 REGON 001018396

Warszawa 24.05.2019

SPZOZ/WWŚ/Z/V/01/…….. /19

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ
na podstawie art. 4 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych
nr postępowania: 37/2019

Zamawiający - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście ul. Ciołka 11 Warszawa - zaprasza Państwa do złożenia oferty cenowej na **Dostosowanie do wymogów pomieszczenia Kabiny Higieny Osobistej w budynku Przychodni Lekarskiej przy ul. Elekcyjnej 54 w Warszawie.**

I. Opis przedmiotu zamówienia.

Przedmiotem zamówienia jest:
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia i zakres prac zawierają załączniki do Zaproszenia oraz wzór umowy.

Kody CPV:

45000000-7 Roboty budowlane

Wzór umowy stanowi załącznik nr 3 do zaproszenia.
Wykonawca będzie zobowiązany wykonywać zamówienie zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu, ofertą cenową i zawartą umową.
Zamawiający wymaga gwarancji jakości wykonania robót na min. 36 miesiące od daty podpisania protokołu końcowego.
Osobą do kontaktu jest Pan Wojciech Łachacz tel. 606-249-098.
Zamawiający przewiduje wizję lokalna w Przychodni Lekarskiej przy ul. Elekcyjnej 54 w Warszawie w dniu 29.05.2019r. o godzinie 13:30

II. Termin realizacji zamówienia: 2 tygodnie od daty wprowadzenia wykonawcy na teren budowy.

III. Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Oferta powinna zawierać wypełniony Formularz ofertowy sporządzony z wykorzystaniem wzoru – załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty należy dołączyć:
   - aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji (ważne 6 miesięcy).

Oferta musi być sporządzona w języku polskim, pismem czytelnym.

3. Oferta musi posiadać dane teleadresowe oferenta (papier firmowy, pieczątka lub wpisane czytelnie na formularzu, datę sporządzenia i czytelny podpis.
4. Cena oferty musi być podane w PLN cyfrowo z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy). W cenie oferty uwzględnia się wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, niezbędne opłaty i podatki do wykonania i do poniesienia przez Wykonawcę, a konieczne do wykonania przedmiotu zamówienia.
5. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

ul.Ciołka 11 01-445 Warszawa tel. 22 836 71 81 fax 22 837 81 27 e-mail: sekretariat@zozwola.pl NIP 527 000 35 60 REGON 001018396

6. Zamawiający przewiduje rozliczenie z Wykonawcą w postaci wynagrodzenia ryczałtowego.

IV. Miejsce i termin złożenia oferty, wybór oferty

1. Miejscem złożenia oferty jest SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście ul. Ciołka 11 – piętro II, pok. 215.
2. Termin złożenia ofert: **do dnia 31.05.2019r. do godz.10:00.**
3. Ofertę należy złożyć osobiście w Dziale Zamówień Publicznych i Administracji ul. Ciołka 11 w Warszawie pokój 215, II piętro lub e-mailem k.nowakowska@zozwola.pl.
4. Osobą do kontaktu w sprawie niniejszego zapytania ofertowego jest: Katarzyna Nowakowska tel. 535 004 943 a w sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia: Wojciech Łachacz tel. 606 249 098.

V. Kryterium wyboru oferty.

Przy wyborze oferty zamawiający będzie się kierował kryterium CENA 100%.

Załączniki:

1. Formularz oferty.
2. Przedmiar
3. Wzór umowy