Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Grójcu
ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec
Dział zamówień publicznych

NIP:797-201-92-61
REGON: 142203546

Zapytanie ofertowe
o wartości **poniżej 30 000 EURO**
w trybie: zapytanie ofertowe

ZAPRASZAMY DO ZŁOŻENIA OFERTY W ZAPYTANIU OFERTOWYM,

którego przedmiotem jest:

Usługa sporządzenia programu restrukturyzacji Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o..

I. ZAMAWIAJĄCY

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SP. Z O.O. :

Adres: 05-600 Grójec, ul. Ks. Piotra Skargi 10

Regon: 142203546 NIP: 797-201-92-61

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest:

   Usługa sporządzenia programu restrukturyzacji Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o..

III. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY:

a) doświadczenie w opracowaniu programów restrukturyzacyjnych dla podmiotów branży z zakresu ochrony zdrowia,

b) zakres analizy oraz metod jej przeprowadzenia,

IV. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA – <u>do 10 lipca 2015 r.</u>

V. OSOBY UPRAWNIONE DO KONTAKTU Z WYKONAWCAMI:

Osobami uprawnionymi przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami są:

W sprawach proceduralnych – Jarosław Sarniak tel. 48/664-91-37,

e-mail.: jaroslaw.sarniak@pcmg.pl

Specjalista ds. Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych
mgr Jarosław Sarniak
jarosław.sarniak@pcmg.pl

W sprawach merytorycznych – Agata Zgutczyńska, tel. 48/664-91-05

e-mail: agata.zgutczyńska@pcmg.pl

Godziny udzielania informacji dotyczących zapytania ofertowego: 7^{30}-14^{30} (pn. – pt.)

VI. WYMAGANE DOKUMENTY DO ZŁOŻENIA OFERTY:

1. Oferta firmy zawierająca cenę za wykonanie usługi – stanowiąca *załącznik nr 1.*
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej. Dokument nie może być wydany wcześniej niż 6 m-cy od dnia otwarcia ofert.

Dokumenty niniejszego rozdziału są składane w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, przy ul. Ks. Piotra Skargi 10 w Grójcu- **Sekretariat nie później niż do 12.06.2015 r. do godz. 10^{00}.**
2. Otwarcie ofert nastąpi dnia **12.06.2015 r. o godz. 10.30** w siedzibie Zamawiającego w Grójcu przy ul. Ks. Piotra Skargi 10, pok. zamówień publicznych
3. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty otwarcia ofert. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do wykonawcy, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, o wyrażenie zgody na przedłużenie tego okresu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.

VIII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT:

Oferta wraz z załącznikami muszą być umieszczone w zaklejonej kopercie oznaczonej wyraźnie pieczątką firmową Wykonawcy i napisem **„Oferta na: Usługę sporządzenia programu restrukturyzacji Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o.."**

Wykonawcy pokrywają wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

W ofercie Wykonawca zobowiązany jest do wskazania osoby/osób realizujących niniejsze zamówienie osobiście.

IX. DODATKOWE ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:

1. Wykonawca będzie zobowiązany do obecności, w celu złożenia stosownych informacji i wyjaśnień, na dwóch posiedzeniach Zgromadzenia Wspólników Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o., o których terminie powiadomiony

Specjalista ds. Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych
mgr Jarosław Sarniak
jarosław.sarniak@pcmg.pl

będzie z co najmniej jednotygodniowym wyprzedzeniem. Koszty uczestnictwa w Zgromadzeniu Wspólników ponosi Wykonawca.

2. Wykonawca będzie zobowiązany do obecności, w celu złożenia stosownych informacji i wyjaśnień, na co najmniej dwóch posiedzeniach Zarządu Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o.. O terminach posiedzeń Zarządu Spółki Wykonawca będzie powiadomiony z co najmniej jednotygodniowym wyprzedzeniem. Koszty uczestnictwa w posiedzeniach Zarządu Spółki ponosi Wykonawca.

X. INFORMACJE DODATKOWE:

Zamawiający zastrzega sobie prawo zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru oferty oraz unieważnienia niniejszego postępowania w każdym czasie, bez podania przyczyny – bez żadnych ujemnych konsekwencji finansowych i prawnych dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. z tego tytułu.

XI. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIE OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW.

Postępowanie prowadzi się w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia i informacje przesyłane będą za pośrednictwem Urzędu Pocztowego listem, faxem lub mailem.

Sporządził:
Jarosław Sarniak
05.06.2015 r.

ZATWIERDZAM:
PREZES ZARZĄDU
PCMG Sp. z o.o.
lek. med. Zbigniew Binio
.....

Grójec, dnia 05.06.2015 r.

Specjalista ds. Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych
mgr Jarosław Sarniak
jarosław.sarniak@pcmg.pl

Załącznik nr 1

Pieczątka nagłówkowa Wykonawcy

.....

Miejscowość i data

OFERTA NA:

Usługę sporządzenia programu restrukturyzacji Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o.

1. Dane Wykonawcy:

   Nazwa Wykonawcy : .....

   Siedziba Wykonawcy/województwo: .....

   Numer telefonu....., Numer faksu.....

   e-mail: ....., adres strony internetowej .....

   NIP .....,REGON .....

   Bank i numer konta Wykonawcy: .....

   Osoba uprawniona do kontaktów: .....

2. Nazwiska osoby/osób, które będą osobiście sporządzały program restrukturyzacyjny:

   1.....

   2.....

   3.....

3. Wykaz programów restrukturyzacji opracowanych, w jednostkach branży z zakresu ochrony zdrowia pod kątem uzyskania kredytu w banku, przez osoby wskazane do zrealizowania niniejszego zamówienia:

   1.....

   2.....

   3.....

Specjalista ds. Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

mgr Jarosław Sarniak

jarosław.sarniak@pcmg.pl

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferujemy wykonanie zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym:

ZA CENĘ OFERTOWĄ:

netto : ..... zł. (słownie : .....)

VAT ..... % - ..... zł. (słownie : .....)

brutto :- ..... zł. (słownie : .....)

Powyższe wartości zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia .

Oświadczamy, że podana w ofercie stawka podatku od towarów i usług VAT jest zgodna z przepisami Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.(Dz. U. z 2011 r., Nr 177, poz.1054, z późn. zm.)

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie 30 dni od daty otwarcia ofert.

3. Oferta została złożona wraz z załącznikami na ..... zapisanych stronach i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr ..... .

4. Integralnymi załącznikami niniejszej oferty zgodnie z wymaganiami Zapytaniu ofertowym są:
   1.....
   2.....

Dokumenty wymienione w pkt ..... stanowią tajemnicę firmy i nie mogą być ujawnione pozostałym uczestnikom postępowania w trybie zapytania ofertowego.

Data .....

.....
Data i popis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Specjalista ds. Zaopatrzenia
i Zamówień Publicznych
mgr Jarosław Sarniak
jarosław.sarniak@pcmo.pl