

ZAPYTANIE OFERTOWE

Na podstawie art. 4 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113 poz. 759, Dz.U. z 2012 poz. 1271 z późn. zm.) zgodnie z Regulaminem Zamówień Publicznych „DCZP” sp. z o.o. z dnia 9 czerwca 2010r. zwracam się z zapytaniem ofertowym o przedstawienie ceny na
usługi serwisowe aparatury medycznej dla jednostek organizacyjnych „DCZP” sp. z o.o.,

I. **Zamawiający** – „Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o.,
50-226 Wrocław, ul. Wybrzeże J. C - Korzeniowskiego 18,
NIP: 8951965126; REGON: 021184819; KRS: 0000348483;
tel. 71 77 66 200; 71 77 66 212; fax. 71 77 66 200 lub faks kom. 519 134 307
e-mail: sekretariat@dczp.wroclaw.pl
www.dczp.wroclaw.pl

II. **Przedmiot zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia są usługi serwisowe aparatury medycznej.

III. **Wymagany termin oraz sposób realizacji zamówienia:**
Wykonawca zobowiązany jest zrealizować każdorazowe zamówienie najpóźniej w terminie czterech dni roboczych od dnia jego złożenia.

IV. **Warunki rozliczenia:**

1. Zamawiający zabezpiecza finansowanie przedmiotu zamówienia objętego zapytaniem.
2. Wynagrodzenie będzie płatne w okresie rozliczeniowym przelewem z konta Zamawiającego na konto Wykonawcy.
3. Zamawiający zapłaci za wykonane usługi na podstawie faktur wystawionych przez Wykonawcę.
4. Wykonawca wystawi fakturę po wykonaniu każdego jednorazowego zamówienia.
5. Zapłata należności za fakturę będzie płatna przelewem w terminie 30 dni od daty jej otrzymania przez Zamawiającego.
6. Dniem zapłaty będzie dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

V. **Zapytania o przedmiot zamówienia:**
Wszelkich informacji dotyczących przedmiotu zamówienia udziela:
Bożena Martyniak: tel. 519 319 259 ; e-mail: bmartyniak@dczp.wroclaw.pl

VI. **Sposób przygotowania oferty:**
Wykonawca powinien wypełnić załączony:

1. **Formularz oferty** stanowiący Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego,
2. **Formularz cenowy** stanowiący Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego,
3. **Oświadczenie** stanowiący Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego

oraz dołączyć wymagane poniżej dokumenty:

1. dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem;
2. dokument stwierdzający uprawnienie Wykonawcy do wykonywania przedmiotu zamówienia.

VII. **Miejsce i termin złożenia oferty:**
Ofertę należy złożyć do dnia **11.03.2013** roku do godz. **10:00** w siedzibie „DCZP” sp. z o. o., 50-226 Wrocław, ul. Wybrzeże J. C - Korzeniowskiego 18, Budynek G, III piętro, Sekretariat, z dopiskiem: „*Oferta na usługi serwisowe aparatury medycznej „DCZP” sp. z o.o*”

VIII. **Kryterium wyboru oferty:**
100 pkt. – cena

IX. Pozostałe informacje:

1. Ceny w formularzu ofertowym należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
2. Zamawiający zobowiązuje się na własny koszt do dostarczenia do siedziby Wykonawcy drobny sprzęt medyczny celem naprawy/konserwacji.
3. Przeglądy techniczne aparatury medycznej odbywać będą się na terenie siedziby Zamawiającego
4. Okres zawarcia umowy: **36 miesięcy**
5. Czas trwania umowy: od dnia podpisania umowy , do dnia **31.03.2016 roku**.
6. Pozostałe istotne informacje dla Oferenta znajdują się w Załączniku nr 4 do Zapytania Ofertowego – wzór umowy.

X. O wyborze oferty Zamawiający powiadomi e-mailem wszystkich, którzy złożyli ofertę.

XI. Informacja o terminie i miejscu podpisania umowy zostanie przekazana telefonicznie Wykonawcy, którego ofertę wybrano.

Załączniki:

Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 - Formularz cenowy

Załącznik nr 3 - Oświadczenie

Załącznik nr 4 - wzór Umowy