Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

ul. Cicha 14
21-100 Lubartów

☎ 81-855-20-41
FAX: 81-855-28-76

www.spzoz-lubartow.pl
sekretariat@spzoz-lubartow.pl

Regon: 431219957
NIP: 7141632875
KRS: 0000098568

Sekretariat
☎ 81-855-28-07

Dyrektor Naczelny
☎ 81-855-28-07

Dyrektor ds. lecznictwa
☎ 81-855-28-07

ISO 9001:2008
TÜVRheinland CERTIFIED
www.tuv.com ID 9105073163

Szpital Przyjazny Dziecku

Szpital bez bólu

Lubartów dn. 13.07.2017 r.

Znak sprawy **SZP/PP/ 11 /2017**

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie działając na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz 1020).

ZAPRASZA DO ZŁOŻENIA OFERTY

na docieplenie ścian zewnętrznych metodą „lekką mokrą" budynku Centrum Medycyny Rodzinnej w Ostrowie Lubelskim przy ul. Partyzantów 12 - etap I.

1. Zakres robót obejmuje w szczególności:
   a) demontaż istniejących obróbek blacharskich;
   b) przygotowanie podłoża;
   c) przymocowanie płyt styropianowych;
   d) wykonanie warstwy zbrojnej siatką,
   e) wykonanie ocieplenia ścian zewnętrznych metodą lekką-mokrą z ułożeniem tynku dobranym kolorem elewacji
   f) montaż nowych obróbek blacharskich;

zgodnie z przedstawioną dokumentacją techniczną dotyczącą ETAPU I.

Ze względu na etapowość wykonania zadania Wykonawca wykona tylko roboty budowlane określone jako ETAP I.

2. Roboty budowlane należy wykonać zgodnie z ustawą Prawo budowlane, obowiązującymi przepisami, polskimi normami i zasadami wiedzy technicznej oraz w zakresie i w sposób określony we wzorze umowy, stanowiącym *Załącznik nr 2.*
3. Termin wykonania zamówienia: do 28 sierpnia 2017 roku
4. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z wykonawcami w imieniu Zamawiającego jest:

-Katarzyna Widyńska tel./faks nr 81 855 66 08
e-mail: przetargi@spzoz-lubartow.pl;

- Sławomir Mazurek tel. 81 855 20 41 w. 420

5. Termin związania ofertą: 30 dni

6. Oferta musi zawierać: wypełniony formularz oferty, kosztorys ofertowy, pełnomocnictwo, o ile umocowanie prawne do reprezentacji wykonawcy nie wynika z przepisów prawa lub dokumentów rejestrowych załączonych do oferty. Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub notarialnie poświadczonej kopii oraz aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

7. Miejsce oraz termin składania ofert: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów, **Sekretariat do dnia 20.07.2017 r. do godziny 12:00**. Otwarcie ofert: godzina 12:15 w sali Konferencyjnej.

8. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującym kryterium:

CENA - 100%

PUNKTY ZA CENĘ zostaną wyliczone z następującego wzoru (cenę należy podać w *Formularzu oferty*):

$$C = \frac{Cn}{Cb} \times 100$$

Gdzie: C – punkty za cenę wyliczone dla danej oferty;

Cn – cena brutto najniższa spośród ofert nieodrzuconych;

Cb – cena brutto badanej oferty;

9. Zamawiajacy wybierze ofertę, która uzyska największą ilość punktów.

10. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszym zaproszeniu i zostanie oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane kryterium wyboru.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

mgr Łukasz Semeniuk

.....

Data i podpis kierownika zamawiającego