



**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. leczenia
☎ 81-855-28-07



Szpital
bez bólu

Lubartów dn. 18.07.2017 r.

Znak sprawy **SZP/PP/ 12 /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 (Dz. U. z 2016 r., poz 1020).

ZAPRASZA DO ZŁOŻENIA OFERTY

na: Usługi serwisowania pojazdów służbowych SPZOZ w Lubartowie – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera Załącznik nr 2.

- 1. Bezwzględny warunkiem udziału w postępowaniu jest, posiadanie przez Wykonawcę co najmniej jednej stacji serwisowej w odległości nie większej niż 10 km od miejsca stacjonowania pojazdów – Lubartów ul. Cicha 14.**
2. Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy od daty podpisania umowy**
3. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:
 - posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
 - posiadania wiedzy i doświadczenia;
 - dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
 - sytuacji ekonomicznej i finansowej.
4. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu: **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.**

5. Telefon/adres e-mail do kontaktów

tel./fax: 81 855 66 08; przetargi@spzoz-lubartow.pl;

6. Termin związania ofertą: **30 dni od dnia otwarcia ofert**

7. *Formularz Ofertowo - Cenowy stanowi Załącznik nr 1.*

Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę. Oferta winna być podpisana zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze. Jeśli osoba/osoby podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to pełnomocnictwo to musi w swej treści wyraźnie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Pełnomocnictwo złożone ma być jako część oferty w oryginale bądź kopii poświadczony notarialnie.

zel

8. Miejsce oraz termin składania ofert: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów, Sekretariat do dnia 25.07.2017 r. do godziny 10:00.**
9. **Cena netto za 1 roboczogodzinę stanowiąca kryterium oceny ofert winna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego w Załączniku nr 2.**
10. Kryteria, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty: **najniższa stawka za 1 roboczogodzinę.**
11. **Projekt umowy zawiera Załącznik nr 3**

Zeb

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie

msz **Lukasz Semeniuk**

.....
Data i podpis kierownika zamawiającego