



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. Szpitalna 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WŚCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
102 990 000,00 zł

Sosnowiec, 09.09.2021r.

ADO-8250-50 /21

Zaproszenie do składania ofert

Dotyczy: zamówienia na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.

**Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji zaprasza do składania ofert na:
świadczenie przez lekarza usług polegających na stwierdzeniu zgonu
wewnątrz budynków i mieszkań na terenie Sosnowca**

Usługa obejmuje stwierdzenie przez lekarza zgonu wewnątrz budynków i mieszkań wskazanych przez Policję, na terenie Sosnowca oraz wystawienie zaświadczenia:
od poniedziałku do czwartku – w godz. 18.00-6.00,
w piątki – w godz. 18.00-8.00 dnia następnego,
w soboty, niedziele i święta w godz. 18.00-6.00
w przypadku dnia, po którym przypada dzień świąteczny- w godz. 18.00-8.00

Termin realizacji przedmiotu zamówienia: od dnia podpisania umowy do 31.12.2021 r.

Szacowana liczba usług w okresie obowiązywania umowy: 150.

Termin płatności: do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionego oryginału faktury za zrealizowaną usługę.

Termin i warunki składania ofert:

zaleca się złożenie oferty na druku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego zaproszenia, termin składania ofert upływa

Oferty można złożyć osobiście, przesać pocztą na adres: Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji, 41-219 Sosnowiec ul. Szpitalna 1 (sekretariat) lub na adres email: sekretariat@szpital.sosnowiec.pl.

Termin związania ofertą: do 30 dni od daty składania ofert.

Kryteria oceny ofert: o wyborze oferty decydować będzie kryterium ceny.

Złożona oferta może podlegać negocjacjom.

Niniejsze Zaproszenie nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do udzielenia zamówienia - Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od rozstrzygnięcia postępowania bez podania przyczyny.

Do kontaktu z Oferentami upoważniony jest: Magdalena Kot kierownik Działu Organizacyjnego, tel. 32 4130321, e-mail: organizacyjny@szpital.sosnowiec.pl

Załączniki:

-1. Formularz oferty;

PREZESIDENT

Aneta Sawka



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. Szpitalna 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
102 990 000,00 zł

Załącznik nr 1

.....
(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa Oferenta:

Adres:

Regon: NIP:

telefon: fax:

e-mail:

1. W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty **na świadczenie przez lekarza usług polegających na stwierdzeniu zgonu wewnątrz budynków i mieszkań na terenie Sosnowca** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Zaproszeniu, za cenę:

za stwierdzenie 1 zgonu kwota: zł (słownie))

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z Zaproszeniem i nie wnoszę do zastrzeżeń;
- 2) uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Zaproszeniu tj. przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert;
- 3) w przypadku wybrania mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;

Data:

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)