|  |
| --- |
| 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| 50-981 Wrocław, ul. Rudolfa Weigla 5, Telefon (071) 7 660 542, fax 7 660 778 |

**e-mail: dg@4wsk.pl**

Wrocław 14.11.2014r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**PROSZĘ O PRZESŁANIE OFERTY CENOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY:** | **RACHUNEK DLA:** |
| 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką | 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| ul. Weigla 5 | ul. Weigla 5 |
| 50-981 Wrocław | 50-981 Wrocław |

**WARUNKI HANDLOWE ZGODNIE Z WZOREM UMOWY (należy uzupełnić miejsca wykropkowane za wyjątkiem numeru umowy i daty jej zawarcia).**

**TERMIN NADSYŁANIA OFERT do 28.11.2014r., do godziny 12:00**

**Czy posiadają Państwo certyfikat zarządzania jakością (TAK/ NIE)\* ………….** *(\*właściwe wpisać)*

**Przedmiot zapytania o cenę:**

Przedmiotem zapytania jest świadczenie usług odpłatnego transportu sanitarnego przy użyciu zewnętrznych sanitarnych środków transportowych w 2015 roku. wyszczególnione i opisanego wraz z wymaganiami określonymi w załącznikach nr 1 - 3 do zapytania o cenę stanowiących integralną część wzoru umowy.

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia** **z określeniem możliwości złożenia ofert częściowych i wariantowych:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie całodobowych usług odpłatnego transportu sanitarnego wg szczegółowej specyfikacji w załączniku do oferty cenowej.

***Warunki udziału w postępowaniu:***

- Złożenie oferty na usługę odpowiadającą szczegółowemu opisowi zamieszczonemu w tabeli w załączniku nr 1 do umowy.

- Złożenie oferty na usługę odpowiadającą(zgodności wyposażenia i składu osobowego zespołów ,,S” ,,P” z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) oraz załącznikiem nr 3 do w/w ustawy).

- Wykonawca musi posiadać doświadczenie w wykonaniu dopowiadających swoim rodzajem usług transportowych stanowiącym przedmiot zamówienia (całodobowe świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów) zrealizowanych na podstawie jednej umowy, których wartość brutto wynosi **min. 100 tyś. zł**. każda w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, o wartości **co najmniej 50 tyś. zł** – dotyczy całości przedmiotu zamówienia.

- Nie dopuszcza się składania ofert na poszczególne pozycje zadania. Oferta powinna zawierać wszystkie żądane usługi w obrębie zadania.

***Wymagane dokumenty:***

- Aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

- Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów z wyżej wymienionych.

- Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonanych usług transportu sanitarnego w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane lub są wykonane należycie (np. min. 3 referencje).

**Uwaga: dodatkowe informacje na temat przedmiotu zapytania o cenę można uzyskać pod numerem telefonu /071/ 76-60-542;**

**- W przypadku wątpliwości w sprawie opisu przedmiotu zapytania należy dokonać konsultacji w miejscu docelowej dostawy, które w przypadku zainteresowania zostaną wskazane przez personel Działu Gospodarczego pod w/w nr telefonu.**

## INFORMACJE DODATKOWE, PŁATNIK KONTO W BANKU

|  |
| --- |
| BGK O/Wrocław 61 11301033 0018 7991 8520 0005 |
| Regon 930090240 NIP 899-22-28-956 |

|  |
| --- |
| *Podpis osoby pytającej* |

***Szef Logistyki***

***ppłk Roman Bąk***