



**Szpital Powiatowy
w Rawiczu Sp. z o.o.**

ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz
T: +48 65 546 24 13-16 (centrala), T: +48 65 545 21 62 (sekretariat)
F: +48 65 546 70 61, E: sekretariat@szpitalrawicz.pl, www.szpitalrawicz.pl
NIP: 699-19-19-769, REGON: 300904130, KRS: 0000316422
Getin Noble Bank SA Nr konta: 51 1560 0013 2367 2722 7424 0001
Kapitał zakładowy: 34 mln 835 tys. zł w całości opłacony



Rawicz, dnia 15.06.2020r.

NLO-3822-02/ZO/20

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy:

Zapytanie ofertowe – dot. wykonania usługi odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów komunalnych ze Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. zaprasza do złożenia oferty na wykonanie usługi odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów komunalnych ze Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

1. ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.
Ul. Gen. Grota Roweckiego 6
63-900 Rawicz
NIP: 699-19-19-769

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 3 do niniejszego zaproszenia.

3. WARUNKI JAKIE MUSI SPEŁNIĆ WYKONAWCA:

Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty następujące dokumenty:

- 1) Formularz asortymentowo-cenowy (Załącznik nr 2)
- 2) Oświadczenie o wpisie do Rejestru Działalności Regulowanej w zakresie odbierania odpadów komunalnych od właścicieli nieruchomości, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1454 z późn. zm.), obowiązującym na terenie gminy, gdzie wykonywana jest usługa.
- 3) Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert,
- 4) Zaakceptowany wzór umowy (Załącznik nr 4). Umowa musi być opieczetowana oraz podpisana na każdej stronie.
- 5) Wykaz osób wyznaczonych do kontaktów (Załącznik nr 5).

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

12 miesięcy

5. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Wybór oferty najkorzystniejszej nastąpi w oparciu o cenę brutto podaną przez Wykonawcę.

6. TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:

Ofertę należy złożyć do dnia **19.06.2020r. do godz. 12.00** na adres Zamawiającego podany w punkcie nr 1 lub przesłać na adres e mail: agata.becela@szpitalrawicz.pl.

7. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Ofertę należy złożyć na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć wszystkie dokumenty wymienione w punkcie 3.

8. INFORMACJE DODATKOWE:

1. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.
2. Termin płatności faktury 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. faktury.
3. Wykonawca zobowiązuje się po wyborze jego oferty do podpisania umowy (Załącznik nr 4).

9. KONTAKT:

Wykonawca może zwrócić się z zapytaniem dot. treści zapytania ofertowego pisemnie na adres: michal.skrzypczak@szpitalrawicz.pl. Uprawniona do kontaktów w Wykonawcami jest Michał Skrzypczak tel. 65/537 62 25.

PREZES ZARZADU

Tomasz Pączkowski