

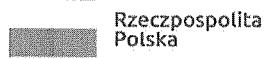


Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Hrubieszów dnia 09 stycznia 2020 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Przedmiotem zapytania jest na wykonanie i montaż tablicy informacyjnej w ramach
promocji projektu

„Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”

Działanie 13.1 Infrastruktura ochrony zdrowia –
wsparcie skierowane wyłącznie do podmiotów leczniczych
ujętych w ramach przedsięwzięcia „Zdrowe Lubelskie optymalizacja usług medycznych
w Województwie Lubelskim poprzez utworzenie i
zintegrowanie sieci szpitali powiatowych” w ramach konkursu zamkniętego nr
RPLU.13.01.00-IZ.00-06-003/17,

Tryb udzielenia zamówienia

Postępowanie nie podlega ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1843 z późniejszymi zmianami) – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 euro.

Postępowanie prowadzone jest na podstawie Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nr 5/2015 z dnia 22 maja 2015r w sprawie Regulaminu zasad dokonywania zakupu dostaw, usług i robót budowlanych, na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nie przekraczającej równowartości kwoty 30 000euro liczonej zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczenia wartości zamówień publicznych.

1. Zamawiający:

Strona 1 z 13



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Nazwa i siedziba Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
22-500 Hrubieszów
Ul. Piłsudskiego 11
NIP 919 15 17 717
Tel 84 5353 207
e mail : zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl

Nazwy i kody stosowane we Wspólnym Słowniku Zamówień:

79341000-6 usługi reklamowe

2. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na wykonaniu i montażu tablicy jednostronnej informacyjnej, na konstrukcji metalowej dla projektu „Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”

Działanie 13.1 Infrastruktura ochrony zdrowia –
wsparcie skierowane wyłącznie do podmiotów leczniczych
ujętych w ramach przedsięwzięcia „Zdrowe Lubelskie optymalizacja usług medycznych
w Województwie Lubelskim poprzez utworzenie i
zintegrowanie sieci szpitali powiatowych” w ramach konkursu zamkniętego nr
RPLU.13.01.00-IZ.00-06-003/17,

Tablica musi zawierać:



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



- 1) nazwę Beneficjenta – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie.
- 2) tytuł Projektu – „Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”
- 3) cel projektu – „Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych realizowanych w SPZOZ w Hrubieszowie”.
- 4) zestaw logo – znak FE, barwy RP, znak UE oraz logo promocyjne województwa lubelskiego
- 5) adres portalu www.mapadotacji.gov.pl.

Powierzchnia tablicy nie mniejsza niż 6 m²

Znaki i informacje na tablicy muszą być czytelne. Tablica informacyjna nie może zawierać innych informacji i elementów graficznych. Wzór tablicy dostępny na stronie: www.rpo.lubelskie.pl

Projekt tablicy wymaga akceptacji Zamawiającego.

Zakres zamówienia:

- 1) wykonanie tablicy informacyjnej zgodnie z zaleceniami zamawiającego
- 2) dostawa tablicy
- 3) montaż tablicy w miejscu realizacji projektu, wskazanym przez zamawiającego na zewnątrz budynku. Materiał z którego ma być wykonana tablica musi być trwały, estetyczny i odporny na uszkodzenia przez okres minimum 5 lat
- 4) 2 lata gwarancji.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



3. Istotne warunki umowy

- Faktura za przedmiot zamówienia płatna będzie przelewem z konta Zamawiającego w terminie 30 dni od dnia wpływu faktury.

4. Termin realizacji zamówienia:

14 dni liczonych od dnia zawarcia umowy.

Miejsce montażu tablicy: Teren Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11, 2-500 Hrubieszów. Dokładną lokalizację należy ustalić z Zamawiającym przed zamontowaniem tablicy.

5. Opis sposobu przygotowania oferty:

W odpowiedzi na niniejsze ogłoszenie Wykonawca składa: Ofertę

Ofertę należy sporządzić w języku polskim. Ofertę należy sporządzić zgodnie z wymaganiami umieszczonymi w Zapytaniu.

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie więcej niż jednej oferty lub złożenie oferty zawierającej propozycje alternatywne spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.

Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na adres :SPZOZ ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów z dopiskiem oferta tablica informacyjna”

lub drogą elektroniczną, e mail : zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl

Cena oferty zostanie podana przez Wykonawcę w PLN.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



2. Oferta cenowa przedstawiona przez Wykonawcę musi obejmować wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz będzie ceną niezmienną do końca jego realizacji.
3. Ponadto, oferta powinna:
 - o być opatrzona pieczętą firmową,
 - o posiadać datę sporządzenia,
 - o zawierać adres lub siedzibę Wykonawcy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP, numer REGON, KRS (jeżeli dotyczy) być podpisana czytelnie przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Wykonawca spełniający ofertę pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu wyznaczonego do składania ofert.

6. Kryteria wyboru oferty:

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów:

1. **Kryteria formalne** (bez ich spełnienia oferta nie będzie oceniana):
 - o Przygotowanie oferty zgodnie z rozdz.. 5 niniejszego zapytania ofertowego.
 - o Wpływ oferty w terminie.
2. **Kryteria merytoryczne:**
 1. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które nie zostaną odrzucone przez Zamawiającego.
 2. Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w oparciu o następujące kryteria i ich znaczenie:

L.p.	Kryterium	Znaczenie procentowe kryterium	Maksymalna liczba punktów, jakie może otrzymać oferta za dane
------	-----------	--------------------------------	---

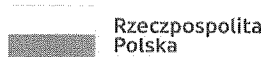


Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



			<i>kryterium</i>
1	Oferowana cena	100%	100 pkt

3. Zasady oceny kryterium „Oferowana cena” (P_c) – 100%.

W powyższym kryterium oceniana będzie cena brutto oferty. Maksymalną ilość punktów otrzyma Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę, pozostali będą oceniani według następującego wzoru:

$$P_c = \frac{\text{Najniższa cena z ofert niepodlegających odrzuceniu}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 100$$

gdzie: P_c – ilość punktów, jaką dana oferta otrzyma za cenę oferty brutto.

4. Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana oferta, która otrzyma największą ilość punktów.

Zamawiający wybierze ofertę z najniższą zaoferowaną ceną (jeśli cena oferty z najniższą ceną nie przekroczy kwoty, jaką Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia). Jeśli Wykonawca, którego oferta została wybrana będzie się uchylał od podpisania umowy - Zamawiający wybierze ofertę sklasyfikowaną jako następna według ceny (jeśli cena oferty kolejnej nie będzie wyższa niż kwota jaką Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia). W przypadku, gdy zostaną złożone dwie oferty o takiej samej a zarazem najniższej cenie, Wykonawcy, którzy złożyli te oferty zostaną poproszeni o



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



złożenie ofert dodatkowych z ceną nie wyższą od zaoferowanej w ofercie podstawowej – do skutecznego rozstrzygnięcia postępowania.

7. Termin składania ofert:

1. Oferty należy składać do 17 stycznia 2020 r. do godz. 11:00 w następującej formie:
 - a. Poczta, kurierem albo osobiście w Sekretariacie SPZOZ (budynek główny) ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów z dopiskiem – „Oferta na tablicę informacyjną”
 - b) za pośrednictwem poczty elektronicznej w formie zeskanowanego oryginału w formacie PDF: zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.p
2. Termin składania ofert upływa: 17.01.2020 r o godz. 11.00.
3. Oferty, które wpłyną do zamawiającego po terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym nie będą rozpatrywane.

8. Miejsce i termin otwarcia badanie ofert, :

1. Otwarcie i ocena ofert nastąpi w dniu 17.01.2020r o godz.11.30 w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w Dziale Eksploatacyjno-Zaopatrzeniowym. Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie opublikowana na stronie www.spzozhrubieszow.pl w zakładce przetargi
2. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących: treści złożonych ofert.
Zamawiający poprawi w ofercie:
 - 1)oczywiste omyłki pisarskie,
 - 2)oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek,



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



3) inne omyłki polegające na niezgodności oferty z zo, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty.

9. Pozostałe informacje

1. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami: Beata Krzyżewska tel.845353207 email zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl
Zamawiający informuje, że:
 - o niniejsze zapytanie nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - o niniejsze zapytanie nie jest postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w rozumieniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, oraz nie kształtuje zobowiązania Zamawiającego do przyjęcia którejkolwiek z ofert.
 - o Zamawiający zastrzega sobie prawo do rezygnacji z zamówienia bez podania przyczyny oraz bez wyboru którejkolwiek ze złożonych ofert,
 - o Zastrzega sobie prawo do skontaktowania się tylko z wybranym Oferentem.

zatwierdzam

W załączeniu:

1. Formularz ofertowy.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie

Dariusz Gałecki
lęk. med. Dariusz Gałecki



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



lubelskie
Smakuj życie!



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

Umowa nr /2020

zawarta w dniu.....r. pomiędzy Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie z siedzibą przy ul. Piłsudskiego 11, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000062013, NIP 919 15 17 717, REGON 000308376

zwanym dalej „Zamawiającym”, w imieniu i na rzecz którego działają:

lek. med. Dariusz Gałecki – Dyrektor

mgr inż. Artur Macheta – Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno- Administracyjnych

a

.....
....., reprezentowaną przez
zwanym dalej **Wykonawcą**,

w wyniku rozstrzygnięcia zapytanie ofertowego prowadzonego na podstawie Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nr 5/2015 z dnia 22 maja 2015r w sprawie Regulaminu zasad dokonywania zakupu dostaw, usług i robót budowlanych, na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie nie przekraczającej równowartości kwoty 30 000euro liczonej zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczenia wartości zamówień publicznych.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



§ 1

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na wykonaniu i montażu tablicy jednostronnej informacyjnej, na konstrukcji metalowej dla projektu pn. „„ Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”

Działanie 13.1 Infrastruktura ochrony zdrowia – wsparcie skierowane wyłącznie do podmiotów leczniczych ujętych w ramach przedsięwzięcia „Zdrowe Lubelskie optymalizacja usług medycznych w Województwie Lubelskim poprzez utworzenie i zintegrowanie sieci szpitali powiatowych” w ramach konkursu zamkniętego nr RPLU.13.01.00-IZ.00-06-003/17,

2. Zakres zamówienia obejmuje:

- wykonanie tablicy informacyjnej zgodnie z zaleceniami Zamawiającego,
- dostawa tablicy,
- montaż tablicy w miejscu realizacji projektu, wskazanym przez zamawiającego Materiał z którego ma być wykonana tablica musi być trwały, estetyczny i odporny na uszkodzenia przez okres minimum 5 lat,
- 2 lata gwarancji.

3. Wykonawca przekaze Zamawiającemu do zatwierdzenia projekt tablicy informacyjnej.

4. Zakres rzeczowy określa zapytanie ofertowe.

§ 2

Okres realizacji umowy



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Ustala się termin realizacji przedmiotu umowy na 14 dni od daty zawarcia umowy.

§ 3 Odbiór prac

Potwierdzeniem wykonanych prac będzie podpisany przez obie strony protokół wykonania prac.

§ 4 Wynagrodzenie

1. Za wykonanie przedmiotu zamówienia Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w kwocie brutto....., w tym VAT (słownie:).
2. Wynagrodzenie Wykonawcy obejmuje całość kosztów związanych z realizacją zadania niezbędnych do jego wykonania z uwzględnieniem wszystkich opłat i podatków.
3. Rozliczenie za wykonane prace nastąpi po zakończeniu i odbiorze całości prac.
4. Płatność wynagrodzenia, za wykonanie przedmiotu zamówienia, nastąpi jednorazowo przelewem na wskazane konto Wykonawcy w terminie 30 dni od daty doręczenia poprawnie wystawionej faktury na podstawie protokołu odbioru wykonanych prac, na konto bankowe:.....
.....

§ 5 Gwarancja

1. Na wykonany przedmiot umowy Wykonawca udziela gwarancji na okres 2 lat licząc od dnia podpisania protokołu odbioru końcowego prac.
2. W ramach gwarancji Wykonawca będzie zobowiązany do bezpłatnego usunięcia wszelkich wad w przedmiocie umowy, które ujawnią się w okresie gwarancji i które



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



- wynikną z nieprawidłowego wykonania jakiegokolwiek elementu przedmiotu umowy lub jakiegokolwiek działania lub zaniedbania Wykonawcy.
3. Zamawiający może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji także po terminie określonym w ust. 1, jeżeli zgłosił wadę w przedmiocie umowy przed upływem tego terminu.
 4. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego w okresie gwarancji wad, Wykonawca będzie zobowiązany do ich usunięcia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, nie dłuższym niż 14 dni.

§ 6

Kary umowne

1. W przypadku odstąpienia od umowy przez Wykonawcę z przyczyn leżących po stronie Zamawiającego, Zamawiający zapłaci karę umowną w wysokości 10% kwoty określonej w § 5 ust 1.
2. W przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci karę umowną 10% kwoty określonej w 5 ust 1.
3. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę terminu wykonania prac określonego w § 3, Wykonawca zapłaci karę w wysokości 50zł za każdy dzień opóźnienia.
4. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych przekraczającego kary umowne do wysokości poniesionej szkody.

§ 7

Postanowienia Końcowe

1. Wszelkie zmiany postanowień zawartej umowy mogą nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron wyrażoną w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, innych obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.
3. Wszelkie spory wynikłe w toku realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez właściwy sąd powszechny dla siedziby Zamawiającego.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550



4. Umowę spisano w 3-ch jednobrzmiących egzemplarzach, w tym **dwa egzemplarze dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.**

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

.....

.....

Janki



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa:

Adres:

NIP:

REGON:

Nr tel.:

Nr faxu:

e-mail:

Wykonamy i zamontujemy tablicę informacyjną w ramach promocji projektu pn. „Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”

Działanie 13.1 Infrastruktura ochrony zdrowia – wsparcie skierowane wyłącznie do podmiotów leczniczych ujętych w ramach przedsięwzięcia „Zdrowe Lubelskie optymalizacja usług medycznych w Województwie Lubelskim poprzez utworzenie i zintegrowanie sieci szpitali powiatowych” w ramach konkursu zamkniętego nr RPLU.13.01.00-IZ.00-06-003/17, **za kwotę:**

Cena netto (.....)	słownie:
VAT (.....)	słownie:
Cena brutto (.....)	słownie:

Strona 1 z 2



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550

1. Zamówienie wykonam samodzielnie /lub przy pomocy podwykonawców
2. Akceptujemy 30 dniowy termin związania ofertą .
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Zobowiązujemy się do wykonywania zamówienia w terminie 14 dni od daty podpisania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu
Wykonawcy

Strona 2 z 2

