

STAROSTWO POWIATOWE W BEŁCHATOWIE

97 – 400 Bełchatów, ul. Pabianicka 17/19
Centrala + 48 44/635 86 00, Fax + 48 44/635 86 17, Sekretariat +48 44/635 86 01
e-mail: powiat@powiat-belchatowski.pl



*Placówki świadczące usługi medyczne
na terenie powiatu bełchatowskiego
Lekarze prowadzący praktykę lekarską*

WO – I.7040.20.2016

Bełchatów, dnia 16.12.2016 r.

dotyczy: Świadczenia usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Bełchatowskiego w przypadku niemożności dopełnienia tego przez lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

Zamawiający Powiat Bełchatowski, zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2126 z późn. zm.) zwraca się z prośbą o złożenie oferty cenowej na świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Bełchatowskiego w przypadku niemożności dopełnienia tego przez lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie. Ofertę należy złożyć do dnia **22 grudnia 2016** roku do godz. 10⁰⁰ na adres: Starostwo Powiatowe w Bełchatowie ul. Pabianicka 17/19, (III piętro – sekretariat) na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik do niniejszego pisma, podając miesięczny koszt realizacji przedmiotowego zadania. Ww. zadanie polega na całodobowym pełnieniu usługi od poniedziałku do niedzieli włącznie, zarówno w dni wolne od pracy jak i dni świąteczne. Usługa ta będzie świadczona na podstawie telefonicznego wezwania zleceniobiorcy, który powinien niezwłocznie po wezwaniu świadczyć przedmiotowe usługi we wskazanym miejscu, jednak nie później niż w ciągu 2 godzin od wezwania. Zleceniobiorca będzie wykonywał usługę własnym środkiem transportu i powinien po otrzymaniu zgłoszenia przybyć na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki.

Termin realizacji zamówienia: od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r.

Z poważaniem

W załączeniu do niniejszego pisma:

- 1) Zapytanie ofertowe
- 2) Formularz ofertowy

STAROSTWA
[Podpis]

STAROSTWO POWIATOWE
w Bełchatowie
ul. Pabianicka Nr 17/19
97-400 BEŁCHATÓW

*Placówki świadczące usługi medyczne
na terenie powiatu bełchatowskiego
Lekarze prowadzący praktykę lekarską*

ZAPYTANIE OFERTOWE

1. Zamawiający: Powiat Bełchatowski – Starostwo Powiatowe w Bełchatowie,
ul. Pabianicka 17/19, 97 – 400 Bełchatów.
(Nazwa zamawiającego)

zaprasza do złożenia oferty na:

**2. Świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny,
oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu
Bełchatowskiego w przypadku niemożności dopełnienia tego przez
lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.**

(opis przedmiotu zamówienia)

3. Wymagany termin realizacji zamówienia: 01.01.2017 r. – 31.12.2017 r. Ww. zadanie polega na całodobowym pełnieniu usługi od poniedziałku do niedzieli włącznie, zarówno w dni wolne od pracy jak i dni świąteczne. Usługa ta będzie świadczona na podstawie telefonicznego wezwania zleceniobiorcy, który powinien niezwłocznie po wezwaniu świadczyć przedmiotowe usługi we wskazanym miejscu, jednak nie później niż w ciągu 2 godzin od wezwania. Zleceniobiorca będzie wykonywał usługę własnym środkiem transportu i powinien po otrzymaniu zgłoszenia przybyć na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki.

4. Wymagany minimalny okres gwarancji = rękojmi: -----

5. Miejsce i termin złożenia oferty: Starostwo Powiatowe w Bełchatowie (III piętro – sekretariat), ul. Pabianicka 17/19, 97 – 400 Bełchatów; 22.12.2016 r., godzina 10⁰⁰.

6. Warunki płatności: przelew.

7. Kryterium wyboru oferty: cena.

8. Miejsce i termin otwarcia oferty: Starostwo Powiatowe w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19, 97 – 400 Bełchatów, 22.12.2016 r., godzina 11⁰⁰.

9. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami: Jan Wionczyk, tel. (44) 635 – 86 – 51 lub Marcin Klimaszewski, tel. (44) 635 – 86 – 54.

10. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim. Wzór oferty stanowi załącznik do niniejszego zapytania ofertowego.

11. Oferty złożone w sposób sprzeczny z wymogami Zamawiającego nie będą podlegały ocenie.

12. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

.....
(Podpis zamawiającego lub osoby upoważnionej)

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa:

.....
.....

Adres:

.....
.....

NIP:

REGON:

Nr rachunku bankowego:

Osoba upoważniona do kontaktów.....

2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za (miesięczny koszt realizacji zadania):

Cena netto:.....

Podatek VAT:.....

Cena brutto:.....

Słownie brutto:..... PLN

3. Termin realizacji zamówienia:.....

4. Gwarancja = rękojmia:-----

5. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

6. Oświadczam, iż spełniam warunki postawione przez Zamawiającego.

7. Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:

a)

b)

....., dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do zaciągania
zobowiązań w imieniu Wykonawcy)