



**Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
im. Dzieci Warszawy  
z siedzibą w DZIEKANOWIE LEŚNYM**  
05-092 Łomianki ul. Marii Konopnickiej 65  
fax. (0-22) 751 27 07, tel. (0-22) 765 71 00



NIP: 118-134-98-98

Dziekanów Leśny dn. 19.02.2015r.

DZ/01./02/2015

**Wszyscy zainteresowani**

### **ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY**

Nr postępowania ZO/06/2015

1. Udzielający zamówienia: Samodzielny Publiczny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym przy ul. M. Konopnickiej 65, zaprasza do złożenia oferty cenowej na:
2. Przedmiot zamówienia: „udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym”. Szczegółowy opis zawarty w załączniku nr 1 do niniejszego zapytania.
3. Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące.
4. Miejsce i sposób uzyskania informacji dotyczących:
  - warunków udziału w postępowaniu: pracownicy Sekcji zamówień publicznych, tel.: 22 765-71-21,
  - przedmiotu zamówienia: dyrektor medyczny Andrzej Krupa, tel.: 22 765-73-56.
5. Kryteria wyboru ofert: najniższa cena.
6. Wymagania jakie powinni spełniać Wykonawcy zamówienia w zakresie dokumentów:
  - a) aktualny KRS lub wpis do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
  - b) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby podmiotu,
  - a) wykaz pracowników wraz z dokumentami potwierdzającymi posiadanie wymaganych w załączniku nr 1 do niniejszego zapytania kwalifikacji,
  - b) wykaz podmiotów leczniczych, z którymi Oferent współpracuje w zakresie wykonywania badań histopatologicznych z potwierdzeniem, że współpraca przebiega lub przebiegała prawidłowo (np. referencje),
  - c) certyfikat systemu zarządzania jakością zgodny z wymogami normy ISO 9001
  - d) polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej spełniające wymogi, w zakresie prowadzonej działalności lub zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia przed dniem podpisania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia,
  - e) pisemne upoważnienie do reprezentowania Oferenta, jeżeli reprezentuje go osoba nie wymieniona w dokumentach, o których mowa w pkt 6 a) niniejszego zapytania,
  - f) inne dokumenty lub oświadczenia, wymienione w załączniku nr 1 do niniejszego zaproszenia, potwierdzające spełnienie wymagań stawianych Oferentom.
7. Do oferty należy załączyć dokumenty wymienione w pkt. 6 niniejszego zapytania. Kserokopia złożonego dokumentu musi być potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną do reprezentacji Oferenta.
8. Termin związania ofertą: 30 dni.
9. Ofertę zawierającą wypełniony i podpisany formularz cenowy (załącznik nr 2 do niniejszego pisma) wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie wymagań (wskazane w pkt. 6), prosimy przesłać faxem na nr (22) 765 72 56 lub e-mailem: [dzp@szpitaldziekanow.pl](mailto:dzp@szpitaldziekanow.pl) i niezwłocznie przesłać oryginał pocztą lub złożyć oryginał w sekretariacie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym do dnia: 24.02.2015r. do godz. 10.00.
10. Informacja o wyniku postępowania zostanie przekazana w formie pisemnej.

11. Z Oferentem, który przedstawi ofertę najkorzystniejszą pod względem cenowym zostanie podpisana umowa, zgodnie z treścią załącznika nr 4.

**p.o. DYREKTORA**  
SAMODZIELNEGO ZESPOŁU  
PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
im. "Dzieci Warszawy" w Dziekanowie Leśnym

*mgr Robert Lasota*

Załączniki:

1. Opis przedmiotu zamówienia, wymagania stawiane Oferentom,
2. Formularz cenowy,
3. Formularz ofertowy,
4. Projekt umowy.