



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



Dziekanów Leśny dn. 26.04.2017 r.

DZ / 124 / IV / 2017

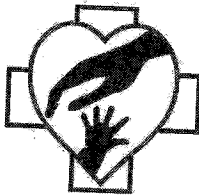
**Wszyscy Zainteresowani**

**Zaproszenie do złożenia oferty  
w trybie zapytania ofertowego ZO/07/2017**

1. Zamawiający Samodzielny Publiczny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym przy ul. M Konopnickiej 65, zaprasza do złożenia oferty cenowej na **„Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu wykonywania: specjalistycznych badań laboratoryjnych z zakresu genetyki u pacjentów z podejrzeniem mukowiscydozy na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym”**. Nr postępowania ZO/07/2017 Szczegółowy opis zawarty został w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania.
2. Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące od dnia podpisania umowy
3. Miejsce i sposób uzyskania informacji dotyczących:
  - warunków udziału w postępowaniu:  
Pracownicy Zamówień Publicznych tel.: 22 76 57 121
  - przedmiotu zamówienia: Katarzyna Filipowicz, tel.: 22 76 57 170
5. Kryterium wyboru: najniższa cena
6. Wymagania jakie powinni spełniać Wykonawcy zamówienia w zakresie dokumentów :
  - a) Wypełniony i podpisany - Formularz Ofertowy wg Załącznika nr 1 do zapytania cenowego,
  - b) Wypełniony i podpisany - Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wg Załącznika nr 2 do zapytania cenowego
  - c) Kserokopia odpisu z krajowego rejestru sądowego lub kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)
  - d) Kserokopia wpisu do rejestru podmiotów leczniczych podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę właściwego dla siedziby podmiotu,
  - e) Kserokopia wpisu do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych,

MIŁOŚĆ  
KRAJOWA RADA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

10



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



- f) Dokumenty potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,  
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 Wykonawcy.
7. Termin związania z ofertą: 30 dni.
8. Ofertę zawierającą wypełniony formularz ofertowy (zał. nr 1 do niniejszego zaproszenia), szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 2 do niniejszego zaproszenia) wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie wymagań (wskazane powyżej) prosimy przesłać na e-mail: [dzp@szpitaldziekanow.pl](mailto:dzp@szpitaldziekanow.pl) do dnia **05.05.2017r., do godz. 12:00**, a oryginał przesłać nie zwłocznie pocztą na adres SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, ul. M. Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki z dopiskiem na kopercie: *Sekcja Zamówień Publicznych. Znak sprawy: ZO/07/2017.*

Z-ca DYREKTORA ds. MEDYCZNYCH  
SZPZOZ im. Dzieci Warszawy

*dr n. med. Andrzej Krupa*

Kierownik Laboratorium  
*mgr Małgorzata Filipowicz*  
specjalista diagnostyki laboratoryjnej

KIEROWNIK  
SEKCJI ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

*inż. Michał Dolata*