



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH
18-100 ŁAPY, UL. KORCZAKA 23**

NIP: 966-13-19-909

REGON: 050644804

centrala: 85 814-24-39
sekretariat: 85 814-24-38
zamówienia publiczne 85 814-24-26

fax: 85 814-24-54, 85 814-24-82
e-mail: sekretariat@szpitallapy.pl
e-mail: przetargi@szpitallapy.pl

Łapy, dnia 21.09.2015r.

SP ZOZ VII/ 71 /2015

ZAPYTANIE OFERTOWE

**Tytuł: Usługa udzielenia Pożyczki Finansowej w kwocie 750 000,00 PLN
dla SP ZOZ w ŁAPACH, przeznaczonej na finansowanie zadań inwestycyjnych.**

1. DANE ZAMAWIAJĄCEGO:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
18 – 100 Łapy
ul. Janusza Korczaka 23
tel. 85/814 24 39
fax. 85/814 24 82
www.szpitallapy.pl
e-mail: przetargi@szpitallapy.pl**

Osoba do kontaktu: Mirosława Onoszko – Główna Księgowa, tel. 85 814 24 48

2. TRYB UDZIELANIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt.8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907) – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem zamówienia jest udzielenie pożyczki w kwocie 750 000,00 PLN (słownie: siedemset pięćdziesiąt tysięcy 00/100 PLN) na okres 60 miesięcy. Pożyczka będzie płatna w transzach na konto Zamawiającego , każdorazowo na jego wniosek.

- Spłata odsetek będzie następować po upływie kwartału od wykorzystania pierwszej transzy w miesięcznych ratach
- Spłata kapitału będzie następować po upływie 6 miesięcy od wykorzystania pierwszej transzy w miesięcznych ratach

Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

- niewykorzystania całości kapitału postawionego do dyspozycji,
- prolongowania transz pożyczki,
- wcześniejszej spłaty całości lub części pożyczki bez dodatkowych obciążeń,
- odstąpienia od zawarcia umowy bez podania przyczyn

Zabezpieczenie pożyczki – weksel in blanco

4. RODZAJ OFERTY :

Zamawiający w niniejszym postępowaniu nie dopuszcza składania ofert częściowych .
Oferta musi zawierać wszystkie pozycje wyszczególnione w Zapytaniu Ofertowym. Złożenie oferty nieobejmującej wszystkich pozycji spowoduje jej odrzucenie.

5. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Od dnia zawarcia umowy do 15.04. 2016 r.

6. KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY I ICH WAGA:

Cena – 100 %

7. TERMIN SKŁADANIA OFERT:

30.09.2015 r. godz. 10:00

8. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT:

Oferty stanowiące odpowiedź na zapytanie należy składać pisemnie
w zabezpieczonej kopercie, opisanej w nst. sposób:

nazwa i adres Wykonawcy

**nazwa i adres Zamawiającego, z adnotacją:
„Oferta złożona w ramach Zapytania Ofertowego
na usługę udzielenia pożyczki finansowej
w kwocie 750 000,00 PLN dla SP ZOZ w Łapach,
przeznaczonej na finansowanie zadań inwestycyjnych.”**

bądź osobiście w:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach,
18 – 100 Łapy, ul. Janusza Korczaka 23 w sekretariacie pok.109

9. WZÓR UMOWY:

Z Wykonawcą, który zaoferuje najniższe koszty finansowania zostanie zawarta umowa ,
której wzór Wykonawca dołączy do oferty.

10. WAŻNOŚĆ OFERTY:

Proszę w ofercie określić termin ważności oferty.

ZAŁĄCZNIKI do Zapytania Ofertowego:

Załącznik nr 1 Formularz Cenowy

Załącznik nr 2 Formularz Ofertowy

p.o. Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Łapach

Tadeusz Józef Gniazdowski

**FORMULARZ CENOWY NA
usługę udzielenia pożyczki finansowej w kwocie
750 000,00 PLN dla SP ZOZ w ŁAPACH
przeznaczonej na finansowanie zadań inwestycyjnych**

Dane dotyczące Zamawiającego

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
ul. Korczaka 23
18 – 100 ŁAPY

I.

Oferuję(my) realizację zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w zaproszeniu do złożenia oferty za cenę:

L.p.	Przedmiot zamówienia	%	Wartość brutto
1	Wysokość prowizji*		
2	Wysokość odsetek		
RAZEM:			

W załączeniu przedstawiam(my) wzór umowy oraz harmonogram spłat pożyczki w ratach miesięcznych – Załącznik nr do oferty.

II.

Oświadczam(y), że:

- Zobowiązuję(my) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Żądane wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
- Złożona oferta obowiązuje przez dni, od dnia jej złożenia.

* w przypadku nienaliczania prowizji proszę wstawić 0.

.....
Podpis Wykonawcy

....., dnia

ZAŁĄCZNIK NR 2 do Zapytania Ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy

Nazwa

Adres

Numer REGON NIP:

E-mail: Fax:

OFERTA

**do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach
ul. Korczaka 23
18-100 Łapy**

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy, odpowiadając na ogłoszenie - o zapytaniu ofertowym na **usługę udzielenia pożyczki finansowej w kwocie 750 000,00 PLN dla SP ZOZ w Łapach , przeznaczonej na finansowanie zadań inwestycyjnych**, zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu Ofertowym SP ZOZ VII/ 71 /2015, oferujemy usługę w kwocie:

I.

OGÓLEM wartość zamówienia brutto PLN

(słownie: PLN)

Ważność oferty :

II.

1. Oświadczam(y), że składając ofertę w niniejszym postępowaniu zapoznaliśmy się z warunkami realizacji zamówienia
2. Akceptuję (my) proponowane przez Zamawiającego postanowienia, które zostały przedstawione w treści Zapytania Ofertowego
3. Zapewniamy realizację zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w Zapytaniu Ofertowym i oświadczamy, że wykonamy zamówienie samodzielnie/przy współudziale* z Podwykonawcami

.....
wskazać (jeśli dotyczy) zakres wykonania zamówienia przez Podwykonawcę

4. Osoba upoważniona do współpracy z Zamawiającym, w przypadku udzielenia nam zamówienia to: nr tel.
5. Adres internetowy:
6. Strona internetowa:

.....
(uppełnomocnieni przedstawiciele oferenta)

Uwaga: * Niepotrzebne skreślić