

Bydgoszcz, 29.11.2021 r.

## Zapytanie ofertowe BZS.8031.52.2021

Oferty można składać wyłącznie za pośrednictwem Platformy Zakupowej OPEN NEXUS.

Termin składania ofert upływa 3.12.2021 do godz. 12<sup>00</sup>.....

Ofertę należy złożyć w języku polskim, na formularzu oferty w wersji elektronicznej (skan podpisanej oferty).

W przypadku, gdy w postępowaniu złożone zostaną dwie lub więcej ofert o takiej samej cenie, Zamawiający może wezwać Wykonawców do złożenia ofert dodatkowych.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania lub nie dokonania wyboru oferty spośród złożonych ofert.

### I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Urząd Miasta Bydgoszczy  
Biuro ds. Zdrowia i Polityki Społecznej  
Ul. Jagiellońska 61, 85-027 Bydgoszcz  
NIP: 953-10-11-863  
REGON: 092351297  
tel. 52 585 89 04

### II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie akcji pn. „Bydgoskie Dni Profilaktyki i Zdrowia” dla mieszkańców Miasta Bydgoszczy.

### III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przeprowadzenie konsultacji lekarskich oraz badań diagnostycznych w kierunku:

- zmniejszenia zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo – naczyniowego, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cukrzycy
- przeciwdziałania występowania otyłości u dzieci i młodzieży
- ograniczenia następstw zdrowotnych po COVID-19

### IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Od dnia następnego po podpisaniu umowy do zakończenia zadania (jednak nie dłużej, niż do końca 2021 roku).

## V. OPIS WYMAGAŃ

1. Wykonawca zobowiązany jest posiadać niezbędne warunki lokalowe, sprzęt i aparaturę medyczną oraz dysponować niezbędną kadrą medyczną i administracyjną umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z przepisami w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne.
2. Obliczenie wartości oferty: Wykonawca zobowiązany jest podać cenę netto oraz brutto realizacji zadania zgodnie z zapisem w formularzu ofertowym.
3. Formularz ofertowy oraz wszystkie załączone dokumenty, sporządzone lub wypełnione przez Wykonawcę muszą być podpisane przez Wykonawcę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy na podstawie odrębnego pełnomocnictwa. Pełnomocnictwo powinno stanowić załącznik do przesłanej oferty.
4. Środki finansowe na realizację zadania zostaną przekazane po podpisaniu umowy z Wykonawcą i będą podlegały rozliczeniu po jego zakończeniu. Szczegóły, co do sposobu realizacji i faktur oraz sprawozdawczości zostaną określone w umowie.

## VI. KRYTERIUM OCENY OFERT

Zamawiający ze wszystkich złożonych ofert wybierze najkorzystniejszą tj. taką, która spełnia warunki zapisane w zapytaniu ofertowym i wykaże najniższą cenę.

## VII. DODATKOWE INFORMACJE

W przypadku pytań:

- merytorycznych – kontakt poprzez przycisk „Wyślij wiadomość do zamawiającego”
- w związanych z obsługą platformy – kontakt z Centrum Wsparcia Klienta platformy zakupowej Open Nexus, czynnym od poniedziałku do piątku w dni robocze, w godzinach od 8:00 do 17:00
- tel. 22 101 02 02
- e- mail: [cwk@platformazakupowa.pl](mailto:cwk@platformazakupowa.pl)

Informujemy, że oficjalnym potwierdzeniem chęci realizacji zamówienia przez Zamawiającego jest podpisanie umowy.

DYREKTOR BIURA  
  
Anieszka Bańkowska

.....  
(pieczęć Oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

Na realizację akcji

pn. „Bydgoskie Dni Profilaktyki i Zdrowia”

### I. Informacje o Oferencie

1.	<b>Pełna nazwa Oferenta</b> Adres Oferenta z kodem pocztowym	
2.	<b>Dane kontaktowe Oferenta</b> Adres do korespondencji Numer telefonu, fax Adres e-mail	
3.	<b>Forma organizacyjna podmiotu leczniczego</b> Imię i nazwisko, adres (w przypadku przedsiębiorcy) Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub KRS	
4.	<b>Numer identyfikacyjny NIP</b>	
5.	<b>REGON</b>	
6.	<b>Nazwa banku, numer konta bankowego</b>	
7.	<b>Osoba/y upoważniona/e</b> do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych <b><u>UWAGA!!!</u></b> <b><u>Jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona lub upoważnionych jest kilka osób łącznie należy wpisać wszystkie te osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji</u></b>	
8.	<b>Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej</b>	Numer polisy: Data ważności: Od..... do.....
9.	<b>Miejsce realizacji zadania (podać adres)</b>	

