



**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. prof. Witolda Orłowskiego**
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231
☎ +4822 621-62-85 ☎ +4822 622-52-18
www.szpital-orlowskiego.pl e-mail: zamowienia@szpital-orlowskiego.pl



Warszawa, dnia 23 maja 2016 roku

Zapytanie ofertowe

Dotyczy: przedstawienia oferty cenowej.

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie przy ul. Czerniakowskiej 231, jako Zamawiający, zwraca się z uprzejmą prośbą o przedstawienie oferty cenowej **do dnia 31 maja 2016 roku** w jednej z następujących form: osobiście: pokój nr D001 Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia. lub na adres e-mail: zamowienia@szpital-orlowskiego.pl, **na :**

Wykonanie analizy obniżenia kosztów w okresie: 01.06.2006r – 31.05.2016r w obszarze obciążeń ZUS

Wykonawca zobowiązany jest do wykonania wszelkich niezbędnych czynności z należytą starannością w celu uzyskania realnych korzyści potwierdzonych decyzją ZUS, w tym do złożenia wszystkich wymaganych dokumentów do ZUS w imieniu Zamawiającego po uzyskaniu stosownego pełnomocnictwa.

Wynagrodzenie od sukcesu, płatne jedynie w przypadku uzyskania realnych korzyści potwierdzonych przez ZUS.

Podwykonawcy: Wykonawca może realizować powyższe usługi samodzielnie lub we współpracy z wybranymi przez siebie podwykonawcami za pisemną zgodą Zamawiającego.

Czas trwania projektu:

1. Wykonawca zobowiązany jest do złożenia wszelkich niezbędnych wniosków do ZUS-u w terminie do 30 dni od daty otrzymania dokumentów od Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązany jest do wykonania wszelkich innych czynności do czasu uzyskania ostatecznej decyzji ZUS-u.

Warunki płatności: Podstawą do dokonania płatności będzie faktura VAT wystawiona na podstawie protokołu odbioru wykonania przedmiotu umowy, podpisanego przez obie strony umowy. Odbiór przedmiotu umowy nastąpi w drodze bezusterkowego protokołu zdawczo-odbiorczego podpisanego przez strony, po przekazaniu Zamawiającemu kompletu dokumentów.

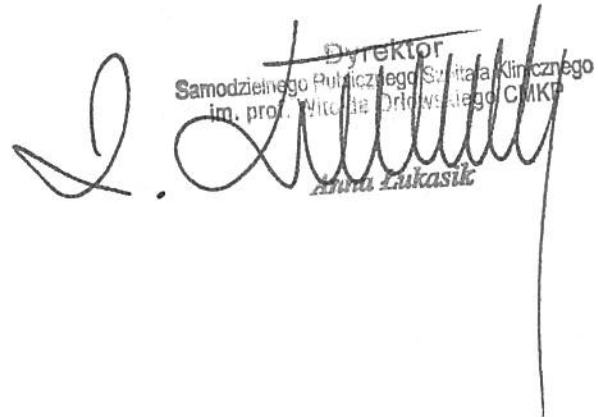
Zamawiający wybierze Wykonawcę, który zaproponuje najniższą prowizję od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS.

Nr.	Nazwa kryterium	Waga
1	Prowizja od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS	100%

Zapłata nastąpi w terminie 30 dni od dnia dostarczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionej faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany w fakturze.

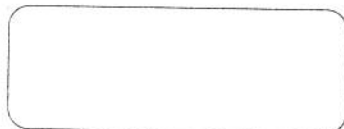
W załączeniu:

1. Formularz ofertowy.


Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. prof. Witolda Dłuskiego CMKP
Anna Łukasik

WZÓR FORMULARZA OFERTY

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP
00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231**



Dane Wykonawcy

Nazwa:

.....

Siedziba:

.....

Strona internetowa:

.....

Tel. fax.

.....

E-mail

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

.....

Nawiązując do zapytania ofertowego na:

**„Wykonanie analizy obniżenia kosztów w okresie: 01.06.2006r-
31.05.2016r w obszarze obciążeń ZUS”**

oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z zapytaniem ofertowym:

- Prowizja od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS(podać)
- Termin płatności -(min 30 dni)(podać)

Oświadczamy, że i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Osoba/y pełnomocna/e do podpisania umowy :.....

..... dnia

