



**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](http://www.szpital-orlowskiego.pl) e-mail: [zamowienia@szpital-orlowskiego.pl](mailto:zamowienia@szpital-orlowskiego.pl)



Warszawa, dnia 11 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 19 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](mailto:zamowienia@szpital-orlowskiego.pl), **na** :

**Wykonanie analizy obniżenia kosztów w latach: 2006-2011r w obszarze obciążeń ZUS**

**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** – maksymalnie do 3 miesięcy od przekazania dokumentów do analizy po uzyskaniu prawomocnej decyzji ZUS.

**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 będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr.	Nazwa kryterium	Waga
1	Cena (koszt)	50 %
2	Prowizja od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS	50%

Punkty przyznawane za podane w/w kryteria będą liczone według następujących wzorów:

Nr kryterium	wzrost
1	Cena (koszt)- Liczba punktów = ( Cmin/Cof ) * 100 * waga gdzie: - Cmin - najniższa cena spośród wszystkich ofert - Cof - cena podana w ofercie
2	Najniższa prowizja od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS zaproponowana przez Wykonawcę 51% i powyżej prowizji z pozyskanych oszczędności - 0 pkt. 50% prowizji z pozyskanych oszczędności - 10 pkt. 40% prowizji z pozyskanych oszczędności 20 pkt 30% prowizji z pozyskanych oszczędności 30 pkt 20% prowizji z pozyskanych oszczędności 40 pkt 10% prowizji z pozyskanych oszczędności - 50 pkt.

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

W załączeniu:

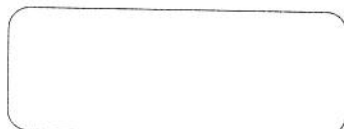
1 Formularz oferty.

Zastępca Dyrektora  
 ds. Finansowych  
 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny  
 im. prof. Witolda Orłowskiego CMKP

Ewa Dumala

## 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 latach: 2006-2011r w  
obszarze obciążeń ZUS”**

oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z zapytaniem ofertowym za cenę:

Wartość zamówienia netto	Stawka podatku VAT %	Kwota VAT	Wartość zamówienia brutto

Termin płatności -(min 30 dni ) .....(podać)

- Prowizja od pozyskanych oszczędności z tytułu ZUS .....(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 .....

