



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Puławy, dnia 22.09.2023 r.

DZ. 26.91.2023

ZAPYTANIE OFERTOWE NR ZO 45/2023

1. Opis przedmiotu zamówienia: Badanie sprawozdania finansowego SP ZOZ Puławy za 2023 rok i 2024 rok. Wymagane doświadczenie w badaniu sprawozdań finansowych w publicznych podmiotach leczniczych. Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r., (Dz. U. z 2023 r., poz. 120,295,1598.).

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: data zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994., (Dz. U. z 2023 r., poz. 120,295,1598.).

3. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

1) formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1

2) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis KRS-u,

3) dokumenty potwierdzające doświadczenia w badaniach sprawozdań finansowych w publicznych podmiotach leczniczych-(referencje) .

4) oświadczenie, że Wykonawca jest firmą audytorską w rozumieniu Ustawy o biegłych rewidentach wpisaną na listę firm audytorskich prowadzoną przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów pod numerem:

5) oświadczenie RODO – zał. nr 2,

4. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:

Cena powinna zawierać:

1) wartość dostawy/usługi/roboty budowlanej* określoną w oparciu o przedmiot zamówienia,

2) obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,

3) cena podana przez wykonawcę za świadczoną usługę/dostawę/robotę budowlaną* jest obowiązująca przez okres ważności umowy i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.

5. Opis sposobu przygotowania oferty:

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573

- 1) należy ją złożyć w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie,
- 2) cena podana w złożonej ofercie ma być podana cyfrowo i słownie. Oferta cenowa winna być sporządzona wyłącznie w języku polskim i musi obejmować całość zamówienia. Formularz należy wypełnić czytelną i trwałą techniką.

6. Miejsce i termin złożenia oferty:

- 1) Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **02.10.2023 r., do godz. 08:00** w siedzibie Zamawiającego, lub na adres e-mail: zp@szpitalpulawy.pl. Formularz ofertowy wraz z załącznikami podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym w formie PAdES typ wewnętrzny(w przypadku ofert przesłanych drogą e- mail).
- 2) Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

7. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **02.10.2023 r. o godz. 08:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracji.

8. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są: Agnieszka Sadurska.

e-mail asadurska@szpitalpulawy.pl

9. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od wyboru ofert bez podania przyczyny.

*niepotrzebne skreślić

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
.....
[data i podpis Zamawiającego]
Piotr Rybak

.....
[nazwa, adres, tel. wykonawcy]

OFERTA

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:
cenę netto: zł; podatek VAT: zł
cenę brutto: zł (słownie: złotych).
2. Termin realizacji zamówienia: data zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994., (Dz. U. z 2023 r., poz. 120, 295, 1598.).
3. Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .
4. Warunki płatności: przelew 30 dni.
5. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:
 - 1) formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1
 - 2) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis KRS-u,
 - 3) dokumenty potwierdzające doświadczenia w badaniach sprawozdań finansowych w publicznych podmiotach leczniczych-(referencje) .
 - 4) oświadczenie, że Wykonawca jest firmą audytorską w rozumieniu Ustawy o biegłych rewidentach wpisaną na listę firm audytorskich prowadzoną przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów pod numerem:
 - 5) oświadczenie RODO – zał. nr 2,

.....
[pieczętka i podpis osoby uprawnionej]

Załącznik nr 3 do ZO nr 45/2023

**Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków
informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – ZO 45/2023 Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

.....

Miejscowość, data

.....

podpis osoby upoważnionej

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p
l

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl,
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573