



Szczecin, dnia 19.06.2017r.

**Fundacja Promocja Zdrowia**  
**Al. Bohaterów Warszawy 27**  
**70-340 Szczecin**  
**Tel. 91 831 48 00**  
**NIP: 851 31 36 341**  
**REGON: 320931940**

**Biuro projektu w Szczecinie:**  
**Al. Bohaterów Warszawy 27**  
**70-340 Szczecin**  
**e-mail: fund.prom.zdrowia@wp.pl**

---

### **ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 2/FPZ/2017**

W związku z realizacją projektu pn. „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej

Fundacja Promocja Zdrowia zaprasza Państwa do złożenia oferty cenowej w procedurze rozeznania rynku. Niniejsze rozeznanie ma na celu weryfikację cen rynkowych.

---

Opis przedmiotu zamówienia:

I. Wspólny Słownik Zamówień (kod CPV):  
60000000-8 – usługi transportowe

II. Zamówienie obejmuje: ŚWIADCZENIE USŁUGI DOWOZU SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – UP „ZAKŁAD INTEGRACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ W SZCZECINIE”

III. Okres realizacji zamówienia: 25. czerwiec 2017 - 31.kwiecień 2018

IV. Szczegóły dotyczące zamówienia:

W ramach świadczonych usług Wykonawca

1. Wykonawca zapewni przewóz osób niepełnosprawnych w dwie strony, z odbiorem do/ z mieszkania.
2. Wykonawca musi zapewnić uczestnikom bezpieczny przewóz, tzn. odpowiednie warunki bezpieczeństwa i higieny.
3. Wykonawca ubezpiecza środki transportu i pasażerów od wszelkich szkód powstałych podczas przewozu.
4. Wykonawca musi posiadać odpowiednie zaplecze techniczne (sprawne samochody z klimatyzacją i pasami bezpieczeństwa dla wszystkich pasażerów) i kadrowe kierowcy



posiadający odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe) oraz uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia.

5. Badana jest cena ofertowa świadczonej usługi.

V. **Obowiązki szczegółowe Wykonawcy i Zamawiającego** zostaną określone w treści umowy zawartej z wybranym Wykonawcą.

VI. **Forma złożenia oferty:**

W ramach rozeznania rynku zapraszamy do uzupełnienia oferty cenowej znajdującej się w załączniku wraz z oświadczeniami i złożenia jej w terminie do 28 czerwca 2017r. w jednej z następujących form:

- w wersji papierowej, w zamkniętej kopercie na adres:

**Fundacja Promocja Zdrowia**  
**70-340 Szczecin**  
**Al. Bohaterów Warszawy 27**  
z dopiskiem: **Odpowiedź na zapytanie cenowe nr 2/FPZ/2017;**

- za pośrednictwem poczty elektronicznej poprzez przesłanie skanu podpisanej oferty na adres: **fund.prom.zdrowia@wp.pl**

VII. **Osoba do kontaktu:** Anna Okupińska, tel. 721 270 840 e-mail: fund.prom.zdrowia@wp.pl

VIII. **Zastrzeżenia:** Zamawiający zastrzega sobie prawo do nie wyłonienia żadnego z oferentów bez podawania uzasadnienia.

IX. **Termin związania ofertą:** Wymagany termin związania ofertą wynosi maksymalnie 30 dni. Bieg rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Anna Okupińska

Kierownik projektu

Dyrektor  
Specjalistycznego Ośrodka  
Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji  
Fundacji Promocja Zdrowia

*dr Andrzej Stecewicz*  
  
Prezes Fundacji



Załącznik nr 1

Oferta cenowa na:

świadczenie usługi dowozu specjalnego uczestników projektu „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie” Fundacji Promocja Zdrowia w Szczecinie, al. Boh. Warszawy 27

W odpowiedzi na ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 2/FPZ/2017

z dnia 19 czerwca 2017r. przedstawiam/y poniżej ofertę cenową:

L.p.	Wymagane informacje	Informacje podane przez Wykonawcę
1.	Nazwa Wykonawcy	
2.	Adres Wykonawcy	
3.	Tel.	
4.	Adres e-mailowy	
5.	REGON	
6.	NIP	
7.	Osoba do kontaktów, dane kontaktowe	

Oferowana cena usługę brutto:

za 1 km ..... zł;

Słownie złotych (brutto): .....

Cena oferty ma charakter ryczałtowy i uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Oświadczam, iż Podmiot:

.....

*nazwa i adres Oferenta*

1. posiada wpis do ewidencji CDIDG
2. posiada potencjał osobowy, finansowy, techniczny niezbędny do wykonania usługi objętej ZAPYTANIEM CENOWYM – rozeznanie rynku nr 2/FPZ/2017 z dnia 04.12.2017r.i/lub osoby z



nim współpracujące przy wykonywaniu usługi będącej przedmiotem niniejszego zapytania posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonywania usług z tego zakresu.

3. akceptuje i spełnia wszystkie warunki zawarte w ZAPYTANIU CENOWYM – rozeznanie rynku nr 2/FPZ/2017z dnia 04.12.2017r. i zgadza się na realizację usługi zgodnie z w/w zapytaniem.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 2/FPZ/2017

### OŚWIADCZENIE

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że** na dzień złożenia oferty dotyczącej Zapytania Ofertowego nr **2/FPZ/2017** nie jestem powiązany/na osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- c) Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....dnia .....

.....

Czytelny podpis