



Szczecin, dnia 04.12.2017r.

**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 4/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):

Kod CPV:

II. Zamówienie obejmuje:

**DOSTAWA I MONTAŻ ODBOJOPORĘCZY W SIEDZIBIE FUNDACJI PROMOCJA ZDROWIA W SZCZECINIE PRZY AL. BOHATERÓW WARSZAWY 27**

III. Okres realizacji zamówienia: GRUDZIEŃ 2017

IV. Szczegóły dotyczące zamówienia:

W ramach świadczonych usług Wykonawca zapewni:

1. Dokonanie pomiarów w siedzibie Fundacji Promocja Zdrowia w Szczecinie. Wykonawca zapewnia niezbędny sprzęt i środki do realizacji usług. Wykonawca otrzyma od Zamawiającego informację o miejscu prowadzenia usługi co najmniej na 5 dni przed planowym rozpoczęciem spotkania.
2. Dostawę odbojoporęczy do siedziby Fundacji w ramach ceny usługi
3. Montaż odbojoporęczy w ramach ceny usługi
4. Wykonawca utrzymywać będzie stały kontakt z Zamawiającym (na czas trwania usługi).
5. Wykonawca informować będzie Zamawiającego o pojawiających się problemach i innych zagadnieniach istotnych dla realizacji usługi.
6. 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 11 grudnia 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 4/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 dostawy i montażu odbojoporęczy w siedzibie Fundacji Promocja Zdrowia w  
Szczecinie, al. Boh. Warszawy 27**

W odpowiedzi na **ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 3/FPZ/2017**

**z dnia 01 grudnia 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:**

..... 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 4/FPZ/2017z dnia 04.12.2017r. i zgadza się na realizację usługi zgodnie z w/w zapytaniem.

#### OŚWIADCZENIE

Wykonawcy o braku powiązań osobowych i kapitałowych - Dotyczy zapytania ofertowego nr 4/FPZ/2017z dnia 14.12.2017r.

Ja, niżej podpisana/y .....

oświadczam, że nie jestem powiązany kapitałowo ani osobowo z Fundacją Promocja Zdrowia lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Fundacji Promocja Zdrowia lub osobami wykonującymi czynności w imieniu Fundacji związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem niniejszej procedury wyboru wykonawcy.

Przez powiązania kapitałowe i osobowe rozumie się w szczególności:

1. Uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Posiadanie przynajmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
Miejscowość i data

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)