# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5**

**telefon 261 660 526, fax 261 660 778**

**Zwraca się z zapytaniem ofertowym na wykonanie zlecenia:**

*Wykonanie procedury usunięcia trzech piezometrów zlokalizowanych na terenie 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Weigla 5.*

**Przedmiot zlecenia:**

**Zakończenie monitoringu wód podziemnych i usunięcie trzech piezometrów P1, P2 i P3 -**  pozostałości po stacji paliw, która w 2014 roku została zlikwidowana (wydołowane zbiorniki). Pozostały trzy piezometry w których co roku, zgodnie z wytycznymi w zgłoszeniu prowadzony jest monitoring wód podziemnych.

**1. Projekt robót geologicznych**

**2. Likwidacja trzech piezometrów**

**3. Dokumentacja geologiczna z likwidacji piezometrów -** po usunięciu otworów pomiarowych

Dokumentacja w formie wydruku - 3 egzemplarze

Powierzchnia obiektu : teren kompleksu wojskowego Nr 2857 we Wrocławiu przy ul. R. Weigla 5 (działka nr 1 / 2 AM -12 w obrębie ewidencyjnym Gaj

**Propozycje szczególnych zapisów umowy**:

1. Wymagania ogólne do zadania

1. Wykonawca gwarantuje stałość ceny przez okres trwania umowy.

2. Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Wykonawca nie realizuje poprawnie przedmiotu umowy oraz niezgodnie z normami

i warunkami określonymi prawem.

1. Wymagania szczególne do zadania

1. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za konflikty z Podwykonawcą.

2. Wykonawca ponosi wszelką odpowiedzialność za działania innych Podwykonawców, którym powierzył zadanie wynikające z postawień Umowy.

3. Wykonanie prac/pomiarów - odbywać się będzie w godzinach 8:00-15:00

1. Rozliczenie zadania

Rozliczenie odbywać się będzie wg ceny określonej w ofercie oraz przekazania kompletnej dokumentacji

1. Podstawa płatności
2. płatności odbywają się na podstawie faktury VAT wystawionej przez Wykonawcę zgodnie z zapisami umowy tj.
3. bieg terminu płatności rozpoczyna się z chwilą spełnienia powyższych uwarunkowań tj. z chwilą przyjęcia przez zarządzającego umową w imieniu Zamawiającego
4. zapłata faktury VAT w terminie do 30 dni

Termin przygotowania oferty do 30.06.2017 r. godz.1200

Oferty można składać faxem (071 7660-778), na adres mail [ochrona.srodowiska@4wsk.pl](mailto:ochrona.srodowiska@4wsk.pl) lub osobiście w sekretariacie Logistyki – budynek nr 44 na terenie kompleksu 4 WSKzP SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. R. Weigla 5.

**Termin płatności :** 30 dni po otrzymaniu faktury

**Termin realizacji zamówienia** :

rozpoczęcie – od dnia podpisania umowy

zakończenie – nie później niż 120 dni od podpisania umowy

**Kryteria brane pod uwagę w procesie rozpatrywania ofert to:**

1. Posiadane uprawnienia do wykonywania niniejszego zadania

2. Koszt wykonania usługi

3. Kompletne wykonanie zadania

4. Czas realizacji zadania

**Kod CPV** **45111213-4**

W niniejszej ofercie proszę się odnieść do:

 **ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. - Prawo wodne**. (Dz. U. z 2017 poz. 1121)

 **ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. — Prawo geologiczne i górnicze** (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 z późn. zm.)

 rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 20 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących projektów robót geologicznych, w tym robót, których wykonywanie wymaga uzyskania koncesji ( U. 2011 nr 288 poz. 1696)

 rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 6 grudnia 2016 r. w sprawie innych dokumentacji geologicznych (Dz. U. z 2016 poz. 2023)

 **ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. -  Prawo ochrony środowiska** ( Dz.U. z 2017 r. poz. 898

**FORMULARZ OFERTY**

Załącznik nr 1

…………………………….   
( pieczątka oferenta )

**ZAMAWIAJĄCY**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50 - 981 Wrocław, ul. R.Weigla 5

**OFERTA**

*Wykonanie procedury usunięcia trzech piezometrów zlokalizowanych na terenie 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Weigla 5.*

W nawiązaniu do przesłanego zapytania ofertowego niżej podpisani, reprezentujący :

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

( nazwa i adres Oferenta, telefon, fax , nr konta )

Kwota netto ……………………………………………………

Kwota brutto …………………………………………………...

Oświadczamy, że :

1. Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie …………dni po każdym badaniu ( min. 30 dni ).

2. Oświadczamy, że ceny określone powyżej są cenami ostatecznymi za wykonanie przedmiotu zamówienia.

3. Osobą upoważnioną do kontaktu z Zamawiającym na etapie sporządzania oferty jest:…………