*Gdańsk, 10.02.2025*

***Zapytanie ofertowe***

1. *Pełna nazwa Zamawiającego:[siedziba (pieczęć Zamawiającego), Nazwa Komórki zamawiającej]*

|  |
| --- |
| ***COPERNICUS PL Sp. z o.o. Dział Techniczny******ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk*** |

*2. Określenie przedmiotu zamówienia (zakres, wielkość)*

|  |
| --- |
|  ***Dotyczy: Proszę o przedstawienie oferty cenowej na wykonanie przeglądów okresowych w CB oświetlenia awaryjnego zgodnie z przyjętymi zasadami i procedurą******Śiedmiu układów typu CEAG do sterowania i zasilania oświetleniem awaryjnym wraz z akumulatorami i sygnalizacją ich pracy.******Jednego układu typu CHOLEMASTER do sterowania i zasilania oświetleniem awaryjnym wraz z akumulatorami i sygnalizacją ich pracy.*** ***Zainstalowanych w naszym szpitalu w budynkach KS i nr 8 przy ul. Nowe Ogrody 1-6 oraz przy ul. Powstańców Warszawskich 1-2******Oprócz w/w prac należy dokonać niezbędnych aktualizacji i konfiguracji dla opraw naprawionych bądź zmienionych które nie działają prawidłowo.******Prace serwisowe muszą być przeprowadzone w taki sposób aby do minimum ograniczać zabezpieczenie szpitala i w sposób nie utrudniający pracy obiektów szpitalnych przy ul. Nowe Ogrody 1-6 i Powstańców Warszawskich 1-2 w Gdańsku. Ostatni przegląd serwisowy wykonano 2024 roku.*** |

*3. Termin wykonania zamówienia:*

|  |
| --- |
| ***Do ustalenia: Marzec - Kwiecień 2025r.******Termin płatności: 30 dni od prawidłowo wystawionej faktury, po realizacji zlecenia*** |

*4. Kryteria oceny ofert:*

|  |
| --- |
| ***100 % kryterium cenowe*** |

*5. Wymagania dotyczące ofert:[wskazanie jakie niezbędne informacje, oświadczenia, dokumenty winien zawrzeć w ofercie wykonawca]:*

|  |
| --- |
| ***Proszę o przedstawienie oferty cenowej. Poszczególne agregaty muszą mieć osobno wycenę i zakres podstawowego przeglądu*** |

*6. Miejsce i termin składania ofert:*

|  |
| --- |
|  ***Dział Techniczny. Copernicus PL. Fax 58 764 02 12,*** ***e-mail: zmagdon@copernicus.gda.pl*** |