Świnoujście, dnia 30.06.2022 r.

znak sprawy: WIZ.271.2.51.2022

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**dot. Malowania ścian korytarzy parteru i piętra w budynku Centrum Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przy ul. Basztowej 11 w Świnoujściu.**

1. Zamawiający: Gmina Miasto Świnoujście, Wydział Infrastruktury i Zieleni Miejskiej
2. Dane do kontaktu: ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście

wiz@um.swinoujscie.pl, lkozlowski@um.swinoujście.pl, tel. 91 3278675.

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (opisać lub dołączyć do zapytania): szczegółowy zakres robót jest określony w załączniku nr 1.

KOD CPV: 45442100-8

1. Kryteria oceny ofert:
2. wybór oferty najkorzystniejszej zostanie dokonany na podstawie następujących kryteriów: najniższa cena,
3. za ofertę najkorzystniejszą Zamawiający uzna ofertę, której zostanie przyznana najwyższa ilość punktów w ramach powyższych kryteriów.
4. Data realizacji zamówienia: do dnia 30.07.2022 r.
5. Okres gwarancji *(jeżeli dotyczy):* 36 miesięcy.
6. Forma oferty. Sposób składania oferty:
7. oferta powinna być sporządzona w języku polskim, na formularzu oferty według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego;
8. oferta powinna być podpisana przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy. Pełnomocnictwo do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów złożonych przez wykonawcę;
9. ofertę należy złożyć w formie skanu podpisanych dokumentów. Ofertę należy przesłać na adres e-mail: wiz@um.swinoujscie.pl
10. termin złożenia oferty: do dnia 05.07.2022 r. godz. 10.00;
11. oferta złożona po terminie zostanie odrzucona.
12. Data oraz miejsce otwarcia/rozpatrzenia ofert: 05.07.2022 r., godz.14.00, w pok. nr 1.9, ul. Karsiborska 4D w Świnoujściu.
13. Warunki płatności: na konto bankowe w terminie do 21 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej FV.
14. Faktura może zostać wystawiona po protokolarnym potwierdzeniu przez Zamawiającego należytego wykonania usługi.

 ………………………………………

 podpis i pieczątka

 sporządził: kierownika komórki organizacyjnej

 ………………….………………………..

 imię i nazwisko pracownika