

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w ZBOROWIE**

ul. Pałacowa 4, 28-131 Solec-Zdrój
NIP 6551190318 REGON 000294119
tel. 41 377 70 45, fax 41 377 75 46

**Załącznik nr 1
do Regulaminu
udzielania zamówień
publicznych o wartości
mniejszej niż kwota
130 000 złotych**

.....
(pieczęćka zamawiającego)

Zborów, 30.10.2024 r.

Znak sprawy: DPS.III.271.JM.OA.10.2024

ROZEZNANIE CENOWE

zapraszam do złożenia oferty cenowej na: **Przegląd i pomiar oświetlenia awaryjnego**
(nazwa zamówienia)

Zgodnie z poniższym zakresem. ~~załączonym wykazem *~~

Przedmiot zamówienia: **Przegląd i pomiar oświetlenia awaryjnego**

Dom Pomocy Społecznej w Zborowie zwraca się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej na wykonanie **Przeglądu i pomiaru oświetlenia awaryjnego zgodnie z normą PN-EN 12665:2011 i PN-EN 1838**

Zakres:

- Lampy awaryjne - 61 szt.

Z wykonanej usługi należy sporządzić protokół .

Termin realizacji zamówienia: - 30.11.2024 r.

Ofertę na załączonym formularzu ofertowym Załącznik Nr 3 ~~wraz z wykazem *~~ - należy składać w Domu Pomocy Społecznej (adres jak wyżej), przesłać na adres email: dps@dpszborow.pl lub faksem na nr 41 3777546 w terminie do dnia 08.11.2024 r. do godz. 15.00

Szczegółowych informacji w zakresie realizacji zamówienia udzieli:

Janusz Malara Tel: 41 3777531, email: dps@dpszborow.pl

1. Niniejsze rozeznanie nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjacji warunków z wykonawcami przy wyborze oferty, a także rezygnacji z zamówienia bez podania przyczyny.
3. Zamawiający zastrzega, że oferta będzie stanowić informację publiczną.
4. Zamawiający wyraża zgodę na korespondencyjny tryb zawarcia umowy..
5. Zamawiający zawiera umowy na podstawie własnych wzorów umów.
6. Kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty jest **najniższa cena** podana w Formularzu ofertowym stanowiącym **Załącznik nr 3** do rozeznania cenowego.

DYREKTOR
Katolka Jolanta
mgr Jolanta Kałucka

.....
podpis Dyrektora DPS