

Rawa Mazowiecka, dnia 30 stycznia 2017 roku

.....
(pieczęć SPZOZ w Rawie Mazowieckiej)

Znak sprawy: SPZOZ 071/2/2017

ZAPYTANIE OFERTOWE

.....
(oznaczenie podmiotu, do którego kierowane jest zaproszenie)

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej zaprasza do złożenia oferty cenowej na: udzielenie i obsługę pożyczki gotówkowej w wysokości 6 550 000,00 złotych (słownie: sześć milionów pięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100) dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej.

1. Opis przedmiotu zamówienia i warunków jego realizacji:

Przedmiotem zamówienia jest udzielenie i obsługa pożyczki gotówkowej w wysokości 6 550 000,00 złotych (słownie: sześć milionów pięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100) dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej uruchamianej jednorazowo na podstawie pisemnej dyspozycji w terminie do 3 dni roboczych po podpisaniu umowy pożyczki.

- z przeznaczeniem na spłatę wcześniej zaciągniętych zobowiązań finansowych.

Waluta pożyczki: PLN.

Dla celów obliczeniowych należy przyjąć termin uruchomienia środków na dzień 31 stycznia 2017 r.

Dopuszcza się prowizję od udzielenia pożyczki. Kwotę prowizji którą oferent zaproponuje przy udzieleniu pożyczki należy doliczyć do kwoty udzielonej pożyczki tj do kwoty 6 550 000,00 zł.

Zabezpieczenie pożyczki: weksel własny in blanco wraz z deklaracją wekslową hipoteka na nieruchomościach stanowiących własność Powiatu Rawskiego o wartości maksymalnej 15 000 000,00 złotych oraz Cesja praw z polisy ubezpieczeniowej.

Zamawiający dopuszcza aby ustanowienie zabezpieczeń w formie weksła i hipoteki było warunkiem wypłaty środków.

Odsetki naliczane od pozostałego do spłaty zadłużenia z tytułu pożyczki będą płatne na koniec każdego miesiąca kalendarzowego do dnia ostatecznej spłaty całego zadłużenia.

Karencja w spłacie kapitału: 24 miesiące.

Spłata kapitału w 60 ratach miesięcznych płatnych ostatniego dnia kalendarzowego każdego miesiąca. 59 rat w wysokości 60 000,00 złotych, kapitał pozostały do spłaty płatny w ostatniej racie.

Data płatności pierwszej raty kapitałowej: 28.02.2019 r.

Data płatności pierwszej raty odsetkowej : 28.02.2017 r.

Oprocentowanie pożyczki oparte będzie na stawce WIBOR 6M /z dnia 20.01.2017r tj. 1,81 % dla celów porównawczych/ plus stała marża w wysokości ustalonej przez Wykonawcę w ofercie.

Do wyliczenia odsetek należy przyjąć, że miesiąc ma rzeczywistą liczbę dni i rok obrachunkowy wynosi 365 dni także dla lat przestępnych.

Weksel oraz deklaracja wekslowa zawarta zostanie na wzorze Wykonawcy – Zamawiający wymaga, by wymienione wzory zostały dołączone do oferty.

Obowiązuje wzór umowy Pożyczkobiorcy dołączony do Zapytania.

Zamawiający zastrzega sobie prawo wcześniejszej spłaty pożyczki bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Za datę spłaty pożyczki i odsetek przyjmuje się datę wpływu środków na rachunek Pożyczkodawcy.

Postawienie pożyczki w stan natychmiastowej wymagalności w przypadku opóźnień w płatności którejkolwiek z rat – po 60 dniach.

2. Kryteria wyboru wykonawcy:

Najniższy całkowity koszt pożyczki (najniższa cena).

3. Termin i sposób przekazania oferty przez oferenta:

Ofertę, na załączonym formularzu, należy złożyć: na adres e-mail dyrektor@spozrawa.pl lub osobiście w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej przy ulicy Niepodległości 8, Rawa Mazowieckiej w pomieszczeniu Recepcji lub wysłać pocztą na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, ul. Niepodległości 8, 96-200 Rawa Mazowiecka.

Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 02 lutego 2017 roku do godziny 12:00. W przypadku ofert wysłanych pocztą decyduje data wpływu oferty do siedziby SPZOZ w Rawie Mazowieckiej.

Oferent może wprowadzać zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert.

4. Osoby uprawnione do kontaktów:

- 1) Anna Solecka tel. 696 40 62 79 w godzinach od 8.00 do 15.00
e-mail dyrektor@spozrawa.pl
- 2) Aneta Psyk tel. 606 474 638 w godzinach od 8.00 do 15.00
e-mail sekretariat@spozrawa.pl

podpis Dyrektora SPZOZ w Rawie Mazowieckiej