



Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu

ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze
tel.: (032) 2777800; fax.: (032) 2777802
www.mopr.zabrze.pl, mopr@zabrze.pol.pl



Zabrze, dnia 30.03.2021 r.

ADM.261.85.2021.BG

- WSZYSCY WYKONAWCY -

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu informuje, iż w postępowaniu pn.: „**zakup niszczarek na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu**” Zamawiający działając na podstawie pkt IX p pkt 1 zapytania ofertowego z dnia 26.03.2021 r. *Dokонуje modyfikacji zapytania ofertowego:*

a) w punkcie IV w/w zapytania ofertowego, w tabeli „charakterystyka niszczarek” poz 3

BYŁO	POWINNO BYĆ
Parametr	Parametr
Stopień tajności (poziom bezpieczeństwa wg normy DIN 66399; P-4)	Stopień tajności (poziom bezpieczeństwa P-4/O-1/T-2)

b) w załączniku 1 formularz oferty poz.3

BYŁO	POWINNO BYĆ
Parametr	Parametr
Stopień tajności (poziom bezpieczeństwa wg normy DIN 66399; P-4)	Stopień tajności poziom bezpieczeństwa P-4/O-1/T-2

oraz zamieszcza na stronach internetowych wskazanych w ogłoszeniu.

Poprawiony załącznik 1 stanowi załącznik do modyfikacji.

Pozostałe postanowienia Zapytania ofertowego z dnia 26.03.2021r. pozostają bez zmian.

sprawę prowadzi :
Bożena Giecwicz , tel. 32 277 78 14

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. pomocy środowiskowej
mgr Jacek Pankiewicz



..... dn.

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Tel. Fax.

e-mail

FORMULARZ OFERTY**Tabela**

Oferuję*/*emy wykonanie zamówienia pn. „**zakup niszczarek na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu.**” na warunkach określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

A. Cena (powinna być określona z dokładnością nie większą niż 2 miejsca po przecinku)

Lp	Przedmiot	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT (%)	Wartość brutto	Nazwa i model niszczarki
1	Niszczarka	15 szt.					

** niepotrzebne skreślić*

Lp.	Parametr	Charakterystyka oferowanego produktu
1	Szerokość szczeliny podawczej (mm)mm
2	Szerokość cięcia (paska lub ścinki) w (mm)	szerokość paska maksimum lub powierzchnia ścinka maksimum
3	Stopień tajności poziom bezpieczeństwa P-4/0-1/T-2	P -
4	Niszczenie dokumentów zawierających informacje wrażliwe i poufne.	TAK/ NIE*
5	Ilość kartek niszczonych jednorazowo (A4/ 70g-80g) kartek A4g
6	Niszczenie kart / plastik	TAK/ NIE*
7	Pojemność kosza w litrach litrów
8	Funkcja cofania	TAK/ NIE*
9	Zabezpieczenie przed przegrzaniem	TAK/ NIE*
10	Cięcie zszywek i małych spinaczy	TAK/ NIE*
11	Sleep Mode – bez pobierania energii w tym trybie	TAK/ NIE*
12	Start/stop – fotokomórka	TAK/ NIE*
13	Automatyczne zatrzymanie pracy przy pełnym koszu	TAK/ NIE*



Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu

ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze
tel.: (032) 2777800; fax.: (032) 2777802
www.mopr.zabrze.pl, mopr@zabrze.pol.pl



14	Cięcie zszywek i małych spinaczy	TAK/ NIE*
15	Poziom hałasu (db)dB
16	Podstawa jezdna	TAK/ NIE*
17	Olej w komplecie do każdej niszczarki	TAK/ NIE*
18	Gwarancja w miesiącach m-cy

*niewłaściwe wykreślić

Cena oferty netto wynosi :

(słownie:)

Cena oferty brutto wynosi :

(słownie:)

Termin dostawy :..... dni od dnia podpisania umowy

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpisy) i pieczęć upoważnionego
przedstawiciela firmy

INFORMACJE DODATKOWE: *

Dane niezbędne do zawarcia umowy w przypadku dokonania wyboru niniejszej oferty:

1.	Osoba/y zawierająca/e umowę w imieniu Wykonawcy	Imię i nazwisko (ewentualne stanowisko)		
2.	Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy	Imię i nazwisko	tel./faks	e-mail

Oświadczam, że:

1. Oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;
3. Akceptuję(my) istotne postanowienia umowy i zobowiązuję(my) się, w przypadku wybrania mojej(naszej) oferty jako najkorzystniejszej, podpisać umowę na proponowanych warunkach, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
4. Zaoferowana cena pozostanie niezmienną przez cały okres realizacji zamówienia
5. Jestem w stanie, na podstawie przedstawionych mi materiałów, zrealizować przedmiot zamówienia;
6. Uzyskałem konieczne informacje niezbędne do właściwego wykonania zamówienia;
7. Termin związania niniejszą ofertą obejmuje okres wskazany w zapytaniu ofertowym;

8. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizację zamówienia w części*(wykreślić jeśli nie dotyczy)

Lp.	Opis zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę oraz nazwy i dane adresowe podwykonawcy/ów
-----	---



Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu

ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze
tel.: (032) 2777800; fax.: (032) 2777802
www.mopr.zabrze.pl, mopr@zabrze.pol.pl



Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu

1.	
(..)	

Nie przewiduję powierzenia podwykonawcom realizacji zamówienia *

9. Oświadczam, iż należę do sektora *(*niewłaściwe skreślić*):

- 1) Mikro przedsiębiorców
- 2) Małych przedsiębiorstw
- 3) Średnich przedsiębiorstw

10. Oświadczam, że jako osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą (*wypełnić jeśli dotyczy; *wykreślić w całości jeśli nie dotyczy):

- a) zatrudniam/nie zatrudniam* pracowników,
- b) zawieram/nie zawieram* umów zleceń ze zleceniobiorcami.

.....
Data

.....
Podpis (podpisy) i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela firm