

Понуда бр. _____ од _____ за набавку услуге – одржавање и поправка парног грејања.

Место извршења услуге је Дом здравља Младеновац и здравствене амбуланте на подручју општине Младеновац.

Време изласка на интервенцију од момента позива не може бити дуже од 1 часа.

Понуде се дају на годишњем нивоу и цене су фиксне (непроменљиве) за сво време важења уговора.

Обавезујемо се да квалитетно извршимо набавку наведене услуге поштујући све важеће прописе и стандарде.

Неопходно је да понуђач има најмање 1 (једног) запосленог,обученог радника на недређено или одређено време или по другом основу уговореног радника за одржавање и поправку парног грејања.

Понуду и пратећу документацију доставити скенирано на емаил nabavke@dzmladenovac.rs или поштом на адресу Дом здравља Младеновац Краљице Марије број 15 најкасније до 05.08.2021. године до 12 часова.

Критеријум за избор је најнижа понуђена цена под истим условима.

ОПШТИ ПОДАЦИ О ПОНУЂАЧУ

НАЗИВ ПОНУЂАЧА:		
АДРЕСА ПОНУЂАЧА:		
МАТИЧНИ БРОЈ ПОНУЂАЧА:		
ПИБ:		
ИМЕ ОСОБЕ ЗА КОНТАКТ:		
ЕЛЕКТРОНСКА ПОШТА (e-mail):		
ТЕЛЕФОН:		
ТЕЛЕФАКС:		
Број рачуна понуђача и назив банке:		
Лице овлашћено за потписивање уговора:		
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ – директор:		
Прихватам све наведене услове постављене у овом обрасцу, (заокружити опцију-или обележити на одговарајући начин да се може закључити која опција је у питању)!	ДА	НЕ

Штамбил понуђача

Број понуде: _____

ПОНУДА ЗА ОДРЖАВАЊЕ И ПОПРАВКУ ПАРНОГ ГРЕЈАЊА

Р.Б.	Назив	Ј.М.	Оријентацион а количина	Цена по Ј.М. без ПДВ-а	Укупно без ПДВ-а	Укупно са ПДВ-ом
1.	Одржавање и поправка инсталација парног грејања и контрола топлотне подстанице, замена вентила радијатора, озрачавање и допуна система, замена оштећених цеви са поправком изолације.	Норма/ Час	50			
2.	Одржавање и поправка котла на гас, замена вентила радијатора, озрачавање и допуна система, замена оштећених цеви са поправком изолације, пуштање грејања у рад	Норма/ Час	10			
3.	Путни трошкови по пређеном километру за амбуланте у сеоским месним заједницама (на релацији Дом здравља Младеновац до Здравствене амбуланте у сеоској месној заједници)	Км.	90			
УКУПНО						

Услови:

Начин, рок и услови плаћања : _____

Рок важења понуде изражен у броју дана од дана отварања (неможе бити краћи од 30 дана) :

Време изласка на интервенцију од момента позива (неможе бити дуже од 1 часа)

: _____

Гарантни рок : _____

Остали услови: _____

Место: _____

М.П..

потпис овлашћеног лица

Датум: _____

Напомена: Понуђач је дужан да попуни све делове понуде и да их потпише.