

הודעה בדבר פרסום מכרז פומבי 12/2021

מכרז להפעלת מועדונית טיפולית לילדים בסיכון בעיר קריית גת

עיריית קריית גת (להלן: "העירייה") מזמינה מציעים להציע הצעותיהם להפעלת מועדונית לילדים בסיכון בתחום שיפוטה, הכל בהתאם לתנאים המפורטים במסמכי המכרז ונספחיו.

במכרז רשאים להשתתף, מציעים העומדים בכל תנאי הסף המפורטים במסמכי המכרז.

עיון במסמכי המכרז

החל מיום המישי ו' מנחם אב התשפ"א, 15.07.2021, יהא ניתן לעיין בתנאים הכלליים של המכרז באתר האינטרנט העירוני שכתובתו: <http://www.qiryat-gat.muni.il>.

כמו כן, ניתן לבקש משלוח מסמכי המכרז במייל משרדי, לאחר מילוי טופס המצ"ב, ובו פרטי המבקש.

רכישת מסמכי המכרז

הצעת מחיר רשאי להגיש רק משתתף אשר רכש את מסמכי המכרז מהעירייה; עלות מסמכי המכרז: 500 ₪, סכום אשר לא יוחזר בכל מקרה. את מסמכי המכרז ניתן לרכוש החל מיום המישי ו' מנחם אב התשפ"א, 15.07.2021, באמצעות הקישור:

<https://www.mast.co.il/37/form/c9a12f09-d76a-496d-94af-38d183603d3c>

בירורים במוקד טלפוני מס' 1599-505-556 (שעות פעילות 13:00 – 22:00).

שאלות הבהרה

שאלות ו/או בקשות הבהרה בקשר למכרז ניתן להעביר עד ליום רביעי י"ב מנחם אב התשפ"א, 21.07.2021, שעה: 13:00, בדואר אלקטרוני: dorisa@Qiryat-gat.muni.il. טל': 08-6874533 ולמייל: orita@Qiryat-gat.muni.il. טל': 08-6875045.

באחריות המשתתפים לוודא כי שאלותיהם הגיעו ליעדן במועד.

הגשת ההצעות

את ההצעות בהתאם לתנאי המכרז יש להגיש ב-2 עותקים כרוכים (אחד מקור ושני העתק), במעטפה סגורה אחת, עליה יירשם אך ורק "שם המכרז שבכותרת", לתיבת המכרזים בלשכת מנכ"לית העירייה (אין לשלוח בדואר) בכתובת: כיכר פז 3, קניון לב העיר, קומה 4, קריית גת, במסירה ידנית עד ליום רביעי כ"ו מנחם אב תשפ"א, 04.08.2021, שעה: 13:00.

ראיונות

מועד הריאיון יתואם עם הזוכה/ים לאחר פתיחת המעטפות. יודגש כי אין בהזמנה לראיון כדי להוות אישור העירייה לעמידת המציע בתנאי הסף ו/או אישור כלשהו.

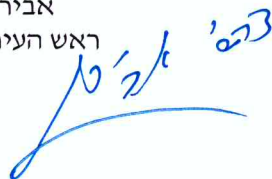
כללי

בכל מקרה של סתירה בין האמור בהזמנה זו לבין האמור במסמכי המכרז – מסמכי המכרז גוברים. הוראות המכרז מנוסחות מטעמי נוחות בלשון זכר אך מתייחסות לשני המינים כאחד.

בברכה,

אבירם דהרי

ראש העיר קריית גת



לשלוח במייל: shmuliky@Qiryat-gat.muni.il

בקשה למשלוח מסמכי המכרז במייל משרדי

יש למלא את המסגרת המתאימה והפרטים לאחריה :

□ המבקש עוסק מורשה :

שם המבקש : _____

מס' תעודת זהות : _____

המבקש חברה/שותפות (להלן: החברה):

שם החברה : _____

מס' חברה : _____

שם איש קשר : _____

תחום עיסוק : _____

כתובת המשרד : _____

טלפון במשרד : _____

מס' פקס' : _____

כתובת דוא"ל : _____

מס' טלפון נייד : _____

חתימת המבקש/ת

תאריך