



Zabrze, dnia 26.10.2017r.

SZPITAL MIEJSKI W ZABRZU SP Z O.O.  
UL. ZAMKOWA 4, 41-803 ZABRZE  
tel./fax. sekretariat 32 271-61-02  
Dział Administracji, Zamówień i Logistyki tel./fax 32 277-62-12.

**WSZYSCY WYKONAWCY**

**WYJAŚNIENIA DO ZAMÓWIENIA ZNAK 20/ZO/ZPU/17  
NA ŚWIADCZENIA USŁUGI BADANIA SPRAWOZDANIA FINANSOWEGO SZPITALA MIEJSKIEGO  
W ZABRZU SP. Z O.O.**

**Pytanie 1**

W celu przygotowania indywidualnej oferty dla Państwa firmy, prosimy o udostępnienie podstawowych danych, dotyczących jednostki. W załączeniu przesyłamy kartę informacyjną.

**Odpowiedź 1**

1.	Nazwa firmy:	Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o. o.
2.	Adres:	ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze
3.	Telefon:	032 277 61 00
4.	Fax:	032 277 61 00
5.	e-mail:	sekretariat@szpitalzabrze.pl
6.	Badanie sprawozdania za rok	2017 oraz 2018
7.	Przedmiot działalności	Działalność medyczna
8.	Data przeprowadzenia ostatniego badania, za jaki okres było badanie?	01.01.2016-31.12.2016
9.	Jaka firma audytorska przeprowadziła badanie?	Biuro Usług Księgowych Monika Gargol Biegły Rewident
10.	Jaki rodzaj opinii wydano?	Opinia pozytywna
11.	Czy w ciągu ostatnich trzech lat była przeprowadzona kontrola – ZUS, podatkowa?	NIE
12.	Liczba zatrudnionych ogółem w 2016r.	553 os.
13.	Przychody ogółem w tys. zł za 2016r.	57 472
14.	Wynik finansowy netto w tys. zł za 2016r.	Strata w wysokości 4 951
15.	Suma bilansowa w tys. zł za 2016r.	64 869
16.	Kapitały własne w tys. zł za 2016r.	37 948
17.	Majątek trwały w tys. zł za 2016r.	52 497
18.	Majątek obrotowy w tys. zł za 2016r.	10 224
19.	Inwestycje w toku w tys. zł za 2016r.	337
20.	Liczba dostawców w 2016r.	Średnio około 450 podmiotów
21.	Liczba odbiorców w 2016r.	Średnio około 300 podmiotów ( w tym osoby indywidualne i nieubezpieczeni)
22.	Ilość zawartych umów leasingowych w 2016r.	NIE DOTYCZY

23.	Cena netto za badanie sprawozdania finansowego za rok ubiegły	6.300,00 zł. netto
24.	Ilość dokumentów (ewentualnie ilość operacji księgowych) w roku badanym.	1 400 dokumentów miesięcznie
25.	<b>Termin przygotowania bilansu</b>	w terminie do 31.03.2018 za 2017 rok oraz 31.03.2019 za rok 2018
26.	<b>Proponowany termin badania</b>	do dnia 31.03.2018 za rok 2017 do dnia 31.03.2019 za rok 2018
27.	<b>Czy badanie jest obowiązkowe?</b>	TAK
28.	Czy badanie będzie obejmowało sprawozdanie skonsolidowane? *	NIE
29.	Czy Jednostka posiada oddziały? **	NIE
30.	<b>Zagadnienia na które oczekujecie Państwo zwrócenia szczególnej uwagi</b>	Zgodnie z zapytaniem ofertowym
31.	<b>Dodatkowe oczekiwania / ustalenia odnośnie badania</b>	Zgodnie z zapytaniem ofertowym
32.	Osoba upoważniona do kontaktu z naszą firmą, telefon.	Osoba zostanie wskazana po wyborze najkorzystniejszej oferty
33.	Sporządził/-ła:	Aleksandra Dronia
34.	Data i podpis:	26.10.2017

ZASTĘPCA PREZESA

  
Piotr Trybalski

Zarząd Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.

27.10.17.

GŁÓWNY KSIĘGOWY  
  
mgr Alicja Barwicka

Dział Administracji, Zamówień i Logistyki  
REFERENT

Karolina Grabowiec