



Współfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości,
którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Włoszczowa 18.12.2019 r.

REGON 000304295
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
we Włoszczowie
29-100 Włoszczowa, ul. Żeromskiego 28
tel. 41/3683637, fax 41/3883877.....
NIP 656-18-55-908
pieczęć komórki organizacyjnej

Znak sprawy: 34/12/2019

Protokół z przeprowadzonego postępowania o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwot określonych w art. 4 pkt. 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

1. Przedmiot zamówienia: zakup i dostawę sprzętu i aparatury medycznej dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II (3 pakiety)

2. Wartość szacunkowa zamówienia:

netto 63 163,52 PLN tj. 14 649,33 EURO
brutto 68 216,60 PLN tj. 15 821,28 EURO
wysokość podatku VAT 8%

Pakiet	Nazwa urządzenia	Ilość sztuk	Wartość netto zł	Wartość Brutto zł
1	Ssak elektryczny	3	13 888,89	15 000,00
2	Wózek transportowy z funkcją stołu zabiegowego	1	26 219,07	28 316,60
3	Łóżko szpitalne	3	23 055,56	24 900,00

3. Rodzaj przeprowadzonej procedury Zapytanie ofertowe

Zapytanie ofertowe zostało zamieszczone na stronie internetowej
<http://biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa/komunikat/78038> w dniu 10.12.2019 r.

4. Porównanie ofert:

Do upływu terminu składania ofert, tj. do dnia 17.12.2019 r. wpłynęły za pośrednictwem (*faksem, e-mailem, pocztą*), następujące oferty:



Współfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości,
którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

dla Pakietu nr 1 - Ssak elektryczny szt. 3

Nr Ofert	Nazwa i adres firmy	Wartość brutto zł	Termin realizacji dni/tyg.	Gwarancja mies.
1.	P.P.H.U. OGARIT Export-Import ul. Ludowa 14 05-092 Łomianki	12 960,00	6 dni	24 m-cy

dla Pakietu nr 2- Wózek transportowy z funkcją stołu zabiegowego szt. 1

Nr Ofert	Nazwa i adres firmy	Wartość brutto zł	Termin realizacji dni/tyg.	Gwarancja mies.
1.	Stryker Polska Sp. z o.o. ul. Poleczki 35 02-822 Warszawa	27 134,35	2 dni	36 m-cy

dla Pakietu nr 3 - Łóżko szpitalne szt. 3

Nr Ofert	Nazwa i adres firmy	Wartość brutto zł	Termin realizacji dni/tyg.	Gwarancja mies.
1.	Stryker Polska Sp. z o.o. ul. Poleczki 35 02-822 Warszawa	35 403,48	2 dni	60 m-cy

5. Wskazanie wykonawcy i uzasadnienie wyboru:

Spośród złożonych ofert, jako najkorzystniejszą wybrano ofertę Wykonawcy:

Dla pakietu nr 1:

Nazwa Wykonawcy/ adres

P.P.H.U. OGARIT Export-Import
ul. Ludowa 14
05-092 Łomianki
71-374 Szczecin

Cena brutto: 12 960,00 zł

Termin realizacji: 6 dni od daty podpisania umowy

Okres gwarancji: 24 miesiące



Współfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości,
którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

W Załączeniu otrzymana oferta.

Uzasadnienie wyboru: Najkorzystniejsza cenowo oferta, spełniająca wymagania określone przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia.

Dla pakietu nr 2:

Nazwa Wykonawcy/ adres

Stryker Polska Sp. z o.o.
ul. Poleczki 35
02-822 Warszawa

Cena brutto 27 134,35zł
Termin realizacji: 2 dni od daty podpisania umowy
Okres gwarancji: 36 miesięcy

W Załączeniu otrzymana oferta.

Uzasadnienie wyboru: Najkorzystniejsza cenowo oferta, spełniająca wymagania określone przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia.

Dla pakietu nr 3:

Nazwa Wykonawcy/ adres

Stryker Polska Sp. z o.o.
ul. Poleczki 35
02-822 Warszawa

Cena brutto 35 403,48 zł
Termin realizacji: 2 dni od daty podpisania umowy
Okres gwarancji: 60 miesięcy

W Załączeniu otrzymana oferta.

Uzasadnienie wyboru: Najkorzystniejsza cenowo oferta, spełniająca wymagania określone przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia.

Zamawiający zwiększa kwotę jaką zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie Pakietu nr 3 do kwoty najkorzystniejszej oferty.

Oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej dokonały niżej wymienione osoby:



Współfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości,
którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

1) Katarzyna Orzechowska (podpis) *Orzechowska Katarzyna*

Imię i nazwisko pracownika prowadzącego postępowanie: Katarzyna Orzechowska

..... *Orzechowska Katarzyna*

(podpis)

Zatwierdzam wybór

[Signature]
.....
/data, podpis i pieczęć
Dyrektora /