

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
42-200 Częstochowa, ul. Mirowska 15
Apteka Szpitalna
REGON 1486247, NIP 449-17-61-644
pieczęć komórki organizacyjnej

Znak sprawy wniosek nr. 2211
Częstochowa, 27.02.2020 r.

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 2015 r. poz 2164 z późn. zm.).

1. Przedmiot zamówienia: Dostawa immunoglobuliny ludzkiej dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie

2. Wartość szacunkowa zamówienia:

Całość zamówienia:

netto 15 936,67 PLN tj. 3 732,85 EURO

brutto 17 211,16 PLN

wysokość podatku VAT 8 %

3. Rodzaj przeprowadzonej procedury Zapytanie ofertowe

Zapytanie ofertowe zostało skierowane do wykonawcy/ów w drodze zapytania ofertowego Nr rej. wniosku 1545 oraz zamieszczonego na stronie internetowej www.zsm.czyst.pl w dniu 19.02.2020 r.

4. Porównanie ofert:

Do upływu terminu składania ofert, tj. do dnia 27.02.2020 r. do godz. 12⁰⁰ wpłynęły za pośrednictwem (*pocztą, osobiście złożone*), następujące oferty:

Nr Ofert	Nazwa i adres firmy	Wartość brutto zł	Termin realizacji dni/tyg.	Gwarancja mies.
1.	Urtica Sp.z o.o. ul.Krzemieniecka 120 54-613 Wrocław	16 873,92	do dnia 04.06.2020 r.	min. 24 m-ce

5. Wskazanie wykonawcy i uzasadnienie wyboru:

Wśród złożonych ofert jako najkorzystniejszą wybrano ofertę Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy / adres:

Urtica Sp.z o.o.

ul. Krzemieniecka 120

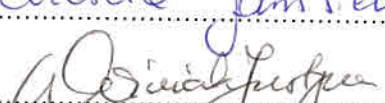
54-613 Wrocław

Cena brutto: **16 873,92 zł.,**

Termin realizacji: umowa do dnia 04.06.2020 r.

Uzasadnienie wyboru: oferowana najniższa cena realizacji zamówienia.

Oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej dokonały niżej wymienione osoby:

- | | | |
|----|----------------------|--|
| 1) | Dariusz Kopczyński | (podpis) <u></u> |
| 2) | Małgorzata Guzik | (podpis) <u>_____</u> |
| 3) | Agnieszka Ciura | (podpis) <u></u> |
| 4) | Elżbieta Janiszewska | (podpis) <u></u> |
| 5) | Justyna Woźniak | (podpis) <u></u> |
- Imię i nazwisko pracownika prowadzącego postępowanie: _____

Imię i nazwisko pracownika prowadzącego postępowanie:
Justyna Woźniak

Justyna Woźniak
technik farmacji

Zatwierdzam

02.03.2020 - *[Signature]*
.....
/data, podpis i pieczęć
Dyrektora /