

Szpital Uniwersytecki
 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
 Dział Aparatury Medycznej
 85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
 tel. (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy TAM/50/2017

PROTOKÓŁ
 z przebiegu postępowania o udzielenie zamówienia,
 którego wartość szacunkowa nie przekracza wyrażonej w złotych
 równowartości kwoty 30.000 euro.

| | | |
|--|---|---|
| Naprawa aparatu RTG angiograf Axiom Artis DTC SN: 46234 (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 25 454,85 (cena jedn. brutto) | 25 454,85 (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 20 695,00 (w zł netto) |
| | | 4 957,00 (w euro netto) |

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 28-06-2017 (data ustalenia) | (data aktualizacji) |
| <input type="checkbox"/> cen rynkowych | <input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły | | |
| <input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym | <input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy | | |
| <input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych | <input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> posiadanych ofert | <input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------|--|
| Zaproszenia do złożenia ofert skierowano: | | | 2017-06-27 (data ustalenia) |
| <input type="checkbox"/> telefonicznie | <input type="checkbox"/> faksem | <input type="checkbox"/> pocztą | <input checked="" type="checkbox"/> pocztą elektroniczną |
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | | | |
| Siemens Healthcare Sp. z o. o. (nazwa) | ul. Żupnicza 11, 03-821 Warszawa; Tel.: 022 870 80 59 (adres, telefon itp.) | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |

| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2017-06-28 (data złożenia ofert) | |
|--|---|----------------------|
| | Siemens Healthcare Sp. z o. o. (nazwa) | 20 695,00 (netto) |
| (nazwa) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

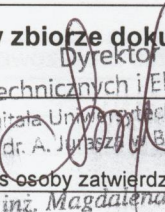
W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:

| | |
|---|--|
| A | Siemens Healthcare Sp. z o. o. (nazwa oferenta) |
| | Firma Siemens Healthcare Sp. z o. o. jako jedyna firma złożyła ofertę cenową na naprawę aparatu |
| B | (nazwa oferenta) |
| | (uzasadnienie wyboru oferty) |

Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:

| | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia | | |
| <input type="checkbox"/> | powołane komisję opiniodawczą | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | obowiązkowe zawarcie umowy | <input type="checkbox"/> | nieobowiązkowe zawarcie |

Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.

| | |
|--|--|
| <p>KIEROWNIK Dział Aparatury Medycznej</p>  <p>(data i podpis osoby dokonującej zamówienia)</p> | <p>Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy</p>  <p>(data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) mgr inż. Magdalena Marchant</p> |
|--|--|