

Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy Dział Aparatury Medycznej 85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9 tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63 REGON 001126074 (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)
---

Oznaczenie sprawy TAM/40/2017

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

<b>Przegląd techniczny videogastroskopów, gastroskopu dziecięcego, videokolonoskopów, videoduodenoskopów, procesorów endoskopowych, footswitcha endoskopowego oraz sterownika powiększenia</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>37 szt.</b> (ilość)	<b>397,26zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>14 698,50 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>11 950,00</b> (w zł netto)
		<b>2 862,34</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
cen rynkowych		analizy wydatków za rok ubiegły	
wysokości wydatków ujętych w planie rocznym		analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy	
cen dostaw poprzednio zrealizowanych		kosztorysu inwestorskiego	
<input checked="" type="checkbox"/> posiadanych ofert		z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen	

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą
<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną		
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)	ul. Chłopska 24, 85-355 Bydgoszcz tel. (52) 373 80 14 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)	<b>11 950,00 zł</b> (netto)	<b>14 698,50 zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny videogastroskopów, gastroskopu dziecięcego, videokolonoskopów, videoduodenoskopów, procesorów endoskopowych, footswitcha endoskopowego oraz sterownika powiększenia.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia	
powołane komisję opiniodawczą	
<input checked="" type="checkbox"/> obowiązkowe zawarcie umowy	<input type="checkbox"/> nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
KIEROWNIK Dział Aparatury Medycznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>mgr inż. Wojciech Głuka</i>	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Powiatowego nr 1 im. dr. A. J. w Bydgoszczy (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) <i>mgr inż. Marcin Marciniak</i>

30 CZE. 2017

<p>Szpital Uniwersytecki  im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  <b>Dział Aparatury Medycznej</b>  85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  REGON 001126074  (nazwa jednostki upoważnionej do  realizacji zamówienia)</p>
---

Oznaczenie sprawy TAM/41/2017

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

Przeгляд techniczny 6 szt. pomp endoskopowych (opis przedmiotu zamówienia)		
6 szt. (ilość)	184,50 zł (cena jedn. brutto)	1 107,00 zł (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>900,00</b> (w zł netto)
		<b>215,57</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)	
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)		ul. Chłopska 24, 85-355 Bydgoszcz tel. (52) 373 80 14 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)	<b>900,00 zł</b> (netto)	<b>1 107,00 zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny pomp endoskopowych.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia

<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
--------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy	<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>KIEROWNIK</b> Dział Aparatury Chirurgicznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>mgr inż. Wojciech Gilka</i>	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>mgr inż. Magdalena Marciniak</i> 30 CZE. 2017 (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)

<p>Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <b>Dział Aparatury Medycznej</b> 85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9 tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63 (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)</p>
--

Oznaczenie sprawy TAM/39/2017

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

Przegląd techniczny źródeł światła: 2 szt. CLE-145, 1 szt. CLK-4, 2 szt. CLV-180, 1 szt. CLV-260SL (opis przedmiotu zamówienia)		
6 szt. (ilość)	184,50 zł (cena jedn. brutto)	1 107,00 zł (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>900,00</b> (w zł netto)
		<b>215,57</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)	
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)		ul. Chłopska 24, 85-355 Bydgoszcz tel. (52) 373 80 14 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa)	<b>900,00 zł</b> (netto)	<b>1 107,00 zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL</b> (nazwa oferenta)
	Firma Przedsiębiorstwo Techniczno Handlowe PETERALEX MEDICAL jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny źródeł światła 2 szt. CLE-145, 1 szt. CLK-4, 2 szt. CLV-180, 1 szt. CLV-260SL. (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>KIEROWNIK</b> Dział Aparatury Medycznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>inż. inż. Wojciech Głucki</i>	Dyrektor ds. Technicznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>inż. Magdalena Marciniak</i> (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) 30 CZE. 2017

<b>Szpital Uniwersytecki</b> <i>im. dr. A. Juraszki</i> Bydgoszcz <b>Dział Aparatury Medycznej</b> 85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowej-Curie 9 tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63 REGON 001126104 (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)
--

Oznaczenie sprawy TAM/22/2017

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

<b>Przeгляд techniczny 2 szt. aparatów EEG</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>2 szt.</b> (ilość)	<b>1851,15 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>3 702,30 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>3 010,00</b> (w zł netto)
		<b>720,98</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (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		

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą
		<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>ELMIKO MEDICAL Sp. z o. o.</b> (nazwa)	ul. Poleczki 29, 02-822 Warszawa Tel. 22 855-30-79 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>ELMIKO MEDICAL Sp. z o. o.</b> (nazwa)	<b>3 010,00zł</b> (netto)	<b>3702,30zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>ELMIKO MEDICAL Sp. z o.o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma ELMIKO MEDICAL Sp. z o.o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny aparatów EEG.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia

<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
--------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy	<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>Dział Aparatury Medycznej</b> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	<b>Dyrektor</b> ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)

21.06.2017



<p>Szpital Uniwersytecki  im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  <b>Dział Aparatury Medycznej</b>  85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  REGON 001126074  (nazwa jednostki upoważnionej do  realizacji zamówienia)</p>
---

Oznaczenie sprawy TAM/26/2017

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

<b>Przeгляд techniczny systemu trójwymiarowego do mapowania elektroanatomicznego i nawigacji elektrofizjologicznej CARTO XP</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>1 szt.</b> (ilość)	<b>12 300,00 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>12 300,00 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>10 000,00</b> (w zł netto)
		<b>2 395,27</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>	<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
cen rynkowych	analizy wydatków za rok ubiegły	
wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy	
cen dostaw poprzednio zrealizowanych	kosztorysu inwestorskiego	
<input checked="" type="checkbox"/> posiadanych ofert	z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen	

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą
		<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>Johnson &amp; Johnson Poland Sp. z o. o.</b> (nazwa)	Ul. Iłżecka 24, 02-135 Warszawa Tel. 22 237 82 81 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-12</b> (data złożenia ofert)	
Johnson & Johnson Poland Sp. z o. o. (nazwa)	10 000,00 zł (netto)	12 300,00 zł (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	Johnson & Johnson Poland Sp. z o. o. (nazwa oferenta) Firma Johnson & Johnson Poland Sp. z o. o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny systemu Carto XP 3. (uzasadnienie wyboru oferty)
	(nazwa oferenta)  (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
KIEROWNIK Dział Aparatury Medycznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>mgr inż. Wojciech Głuka</i>	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy mgr inż. <i>Magdalena Marciniak</i> 21 CZE. 2017 (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)

<p>Szpital Uniwersytecki  im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  Dział Aparatury Medycznej  85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)</p>
--

Oznaczenie sprawy TAM/24/2017

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

<b>Przeгляд techniczny urządzenia do zewnętrznego masażu serca Lucas 2</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>1 szt.</b> (ilość)	<b>1 143,90 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>1 143,90 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>930,00</b> (w zł netto) <b>222,76</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>	<b>19-06-2017</b> (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	

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą <input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>Physio-Control Poland Sales Sp. z o. o.</b> (nazwa)	Pl. Lelewela 2, 01-624 warszawa Tel. 22 56-91-205 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Physio-Control Poland Sales Sp. z o. o.</b> (nazwa)	<b>930,00zł</b> (netto)	<b>1 143,90zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Physio-Control Poland Sales Sp. z o. o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Physio-Control Poland Sales Sp. z o. o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny urządzenia do zewnętrznego masażu serca Lucas 2.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>KIEROWNIK</b> <b>Dział Aparatury Medycznej</b> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	<b>Dyrektor</b> <b>ds. Technicznych i Eksploatacji</b> <b>Szpitala Uniwersyteckiego nr 1</b> (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)

21 CZE. 2017

mgr inż. Magdalena Marciniak

<p>Szpital Uniwersytecki  im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  <b>Dział Aparatury Medycznej</b>  85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  (nazwa jednostki odpowiedzialnej do realizacji zamówienia)</p>
--

Oznaczenie sprawy TAM/23/2017

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

<b>Przeгляд techniczny 5 szt. audiometrów oraz 2 szt. tympanometrów</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>7 szt.</b> (ilość)	<b>755,57 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>5 289,00 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>4 300,00</b> (w zł netto)
		<b>1 029,96</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen
<input checked="" type="checkbox"/>			

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>Pracownia Elektroniki Medycznej Zbigniew Kartasiński</b> (nazwa)	ul. Dzielnicowa 25, 04-666 Warszawa (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Pracownia Elektroniki Medycznej Zbigniew Kartasiński</b> (nazwa)	<b>4 300,00zł</b> (netto)	<b>5 289,00zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Pracownia Elektroniki Medycznej Zbigniew Kartasiński</b> (nazwa oferenta) <b>Firma Pracownia Elektroniki Medycznej Zbigniew Kartasiński jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny audiometrów oraz tympanometrów.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
	(nazwa oferenta)
B	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
(data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) <i>mgr inż. Magdalena Marciniak</i>

Szpital Uniwersytecki  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
**Dział Aparatury Medycznej**  
83-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  
REGON 001126074  
(nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy TAM/25/2017

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

Przeгляд techniczny 2 szt. stymulatorów nerwów (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>2 szt.</b> (ilość)	<b>553,50 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>1 107,00 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>900,00</b> (w zł netto)
		<b>215,57</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>		<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:		
<b>Aesculap Chifa Sp. z o. o.</b> (nazwa)	Ul. Tysiąclecia 14, 64-300 Nowy Tomyśl Tel. 61 44-20-300 (adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	
(nazwa)	(adres, telefon itp.)	

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Aesculap Chifa Sp. z o. o.</b> (nazwa)	<b>900,00 zł</b> (netto)	<b>1 107,00 zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Aesculap Chifa Sp. z o. o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Aesculap Chifa Sp. z o. o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny stymulatorów nerwów.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
KIEROWNICZKA Dział Aparatury Medycznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>mgr inż. Wojciech Gilka</i>	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) <i>mgr inż. Magdalena Marciniak</i>

21 CZE. 2017



**Szpital Uniwersytecki**

im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

**Dział Aparatury Medycznej**

85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9

tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63

REGON 001126074

(nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy TAM/21/2017

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

Przegląd techniczny synoptoforu (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>1 szt.</b> (ilość)	<b>307,50 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>307,50 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>250,00</b> (w zł netto)
		<b>59,88</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen
<input checked="" type="checkbox"/>			

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>			<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	<input checked="" type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
<b>Medical Partner Sp. z o.o.</b> (nazwa)	ul. Szczepankowo 158b, 61-313 Poznań Tel. 61 670 70 38 (adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Medical Partner Sp. z o. o.</b> (nazwa)	<b>250,00zł</b> (netto)	<b>307,50zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Medical Partner Sp. z o.o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Medical Partner Sp. z o.o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny synoptoforu.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia

<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
--------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy	<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>KIEROWNIK</b> Dział Aparatury Medycznej (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy mgr inż. Magdalena Marciniak (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół) 21 CZE. 2017

Szpital Uniwersytecki  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
**Dział Aparatury Medycznej**  
85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  
REGON 001126074  
(nazwa jednostki upoważnionej do  
realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy TAM/20/2017

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

<b>Przeгляд techniczny strzykawk automatycznych HD 101 oraz EMPOWER</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>2 szt.</b> (ilość)	<b>3 075,00 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>6 150,00 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>5 000,00</b> (w zł netto)
		<b>1 197,63</b> (w euro netto)

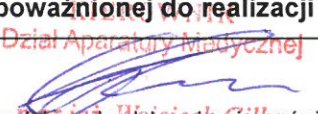
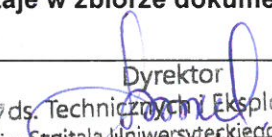
<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen
<input checked="" type="checkbox"/>			

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>			<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	<input checked="" type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
<b>Bracco Imaging Polska Sp. z o.o.</b> (nazwa)	ul. Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa Tel. 22 208-24-21 (adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
<b>Bracco Imaging Polska Sp. z o.o.</b> (nazwa)	<b>5 000,00zł</b> (netto)	<b>6 150,00zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Bracco Imaging Polska Sp. z o.o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Bracco Imaging Polska Sp. z o.o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny strzykawkę automatycznych HD 101 oraz EMPOWER.</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
<input type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input checked="" type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>Dział Aparatury Medycznej</b>  (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	<b>21 CZE. 2017</b> <b>Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy</b>  (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)

*mgr inż. Magdalena Marciniak*

Szpital Uniwersytecki  
 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
**Dział Aparatury Medycznej**  
 85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
 tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63  
 REGON 001126074  
 (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy TAM/18/2017

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

<b>Przegląd techniczny aparatów RTG Apollo oraz Apollo telekomando</b> (opis przedmiotu zamówienia)		
<b>2 szt.</b> (ilość)	<b>3 198,00 zł</b> (cena jedn. brutto)	<b>6 396,00 zł</b> (wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
<b>Wartość szacunkowa zamówienia</b>		<b>5 200,00</b> (w zł netto)
		<b>1 245,54</b> (w euro netto)

<b>Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :</b>		<b>19-06-2017</b> (data ustalenia)	(data aktualizacji)
<input type="checkbox"/> cen rynkowych	<input type="checkbox"/> wysokości wydatków ujętych w planie rocznym	<input type="checkbox"/> analizy wydatków za rok ubiegły	<input type="checkbox"/> analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> cen dostaw poprzednio zrealizowanych	<input type="checkbox"/> posiadanych ofert	<input type="checkbox"/> kosztorysu inwestorskiego	<input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen

<b>Zaproszenia do złożenia ofert skierowano:</b>			<b>2017-06-19</b> (data ustalenia)
<input type="checkbox"/> telefonicznie	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	<input checked="" type="checkbox"/> pocztą elektroniczną
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
<b>Medyczne Centrum Serwisowe Sp. z o.o.</b> (nazwa)	Al. Jana Pawła II 27, 00-867 Warszawa Tel. +48 22 185 54 31 (adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		
(nazwa)	(adres, telefon itp.)		

<b>W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:</b>	<b>2017-06-19</b> (data złożenia ofert)	
Medyczna Centrum Serwisowe Sp. z o.o. (nazwa)	<b>5 200,00zł</b> (netto)	<b>6 396,00zł</b> (brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

<b>W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:</b>	
A	<b>Medinco Polska Sp. z o.o.</b> (nazwa oferenta)
	<b>Firma Medinco Polska Sp. z o.o. jest jedyną firmą, która złożyła ofertę cenową na przegląd techniczny aparatów RTG Apollo oraz Apollo telekomando</b> (uzasadnienie wyboru oferty)
B	(nazwa oferenta)
	(uzasadnienie wyboru oferty)

<b>Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:</b>	
postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia	
powołane komisję opiniodawczą	
obowiązkowe zawarcie umowy	<input checked="" type="checkbox"/> nieobowiązkowe zawarcie umowy

<b>Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.</b>	
<b>KIEROWNIK</b> <b>Dział Aparatury Medycznej</b> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) <i>mgr inż. Wojciech Gilka</i>	Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>mgr inż. Magdalena Marciniak</i> 21 CZE. 2017 (data i podpis osoby zatwierdzającej protokół)