

| |
|---|
| 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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
 Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| Przeгляд techniczny 1 szt. odwróconej osmozy WRO (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 4 305,00 zł (cena jedn. brutto) | 4 305,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Przeгляд techniczny 1 szt. systemu uzdatniania wody Culligan (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 7 500,00 zł (cena jedn. brutto) | 7 500,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Przeгляд techniczny 1 szt. uzdatniacza wody Aqva-Cleer MFP 800 (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 1 230,00 zł (cena jedn. brutto) | 1 230,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 12 000,00 (w zł netto) |
| | | 2 783,13 (w euro netto) |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 11-06-2018 (data ustalenia) | |
| cen rynkowych | | analizy wydatków za rok ubiegły | (data aktualizacji) |

| | |
|---|--|
| 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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|--------|--------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem | poczta | |

| | |
|---|-----------------------|
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|--|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-12 (data złożenia ofert) | |
| SERMED S.C. Ul. Związku Jaszczurczego 22, 82-300 Elbląg (nazwa) | 12 000,00 zł (netto) | 14 760,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|--|--|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | <p>SERMED S.C. (nazwa oferenta)</p> <p>Firma SERMED S.C. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę na przegląd techniczny 1 szt. odwróconej osmozy WRO, 1 szt. systemu uzdatniania wody Culligan oraz 1 szt. uzdatniacza wody Aqva-Cleer MFP 800. (uzasadnienie wyboru oferty)</p> |
| B | <p>(nazwa oferenta)</p> <p>(uzasadnienie wyboru oferty)</p> |

| | |
|--|--|
| 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>Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guzialek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)</p> <p>Dział Aparatury Medycznej <i>[Podpis]</i> (data i podpis kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia)</p> | <p>Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy 25 CZE. 2019 (data i podpis Dyrektora Biuro) mgr inż. <i>[Podpis]</i> Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego)</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
 REGON 001126074
 (nazwa jednostki upoważnionej do
 realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
 Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|---|---|---|
| Przeгляд techniczny 1 szt. sterylizatora 5XL (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 3 849,50 zł (cena jedn. brutto) | 3 849,50 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Przeгляд techniczny 1 szt. abatora 50AE (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 2 995,05 zł (cena jedn. brutto) | 2 995,05 zł (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 5 564,68 (w zł netto) |
| | | 1 290,60 (w euro netto) |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|--------|--------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem | poczta | |

| | |
|---|-----------------------|
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-11 (data złożenia ofert) | |
| 3M POLAND Sp. z o.o. Al. Katowicka 117 05-830 Nadarzyn (nazwa) | 5 564,68 zł (netto) | 6 844,55 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|--|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | 3M POLAND Sp. z o.o. (nazwa oferenta) Firma 3M POLAND Sp. z o.o. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę na przegląd techniczny 1 szt. sterylizatora 5XL oraz abatora 50AE. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|---|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|---|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dział Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>[Podpis]</i> (data i podpis Dyrektora pionu) |
| Dział Aparatury Medycznej <i>[Podpis]</i> mgr inż. Wojciech G. [Podpis] (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>[Podpis]</i> (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

25 CZE. 2018

| |
|---|
| 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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
 Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|--|---|---|
| Przegląd techniczny 3 szt. strzykawk automatycznych (EMPOWER, CMS2000, ACIST CVI) (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 3 szt. (ilość) | 3 075,00 zł (cena jedn. brutto) | 9 225,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 7 500,00 (w zł netto) |
| | | 1 739,45 (w euro netto) |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | |
|--|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem |
| poczta | |

do poniższych, potencjalnych oferentów:

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|--|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-13 (data złożenia ofert) | |
| Bracco Imaging Polska Sp. z o.o. Ul. Domaniewska 39A 02-672 Warszawa (nazwa) | 7 500,00 zł (netto) | 9 225,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|--|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | Bracco Imaging Polska Sp. z o.o. (nazwa oferenta) Firma Bracco Imaging Polska Sp. z o.o. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę na przegląd techniczny 3 szt. strzykawk automatycznych (EMPOWER, CMS2000, ACIST CVI). (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|--|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|--|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziątek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy mgr inż. <i>Janek Kryś</i> (data i podpis Dyrektora/pionu) 25.06.2018 |
| Dział Aparatury Medycznej KIEROWNIK <i>mgr inż. Włodzisław Ciska</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego) <i>dr n. e. zdr. inż. Janek Kryś</i> |

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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|--|---|---|
| Przegląd techniczny 2 szt. strzykawk automatycznych Angiomat Illumena (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 2 szt. (ilość) | 2 398,50 zł (cena jedn. brutto) | 4 797,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 3 900,00 (w zł netto) 904,52 (w euro netto) |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|-----------------------|--------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem | poczta | |
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-12 (data złożenia ofert) | |
| AB MED SERWIS Ul. Sikorskiego 8/6 07-410 Ostrołęka (nazwa) | 3 900,00 zł (netto) | 4 797,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | <p align="center">AB MED SERWIS (nazwa oferenta)</p> <p align="center">Firma AB MED SERWIS jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę na przegląd techniczny 2 szt. strzykawk automatycznych Angiomat Illumena. (uzasadnienie wyboru oferty)</p> |
| B | <p align="center">(nazwa oferenta)</p> <p align="center">(uzasadnienie wyboru oferty)</p> |

| |
|---|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| <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 |
|---|---|

| | |
|--|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor ds. Technicznych i Kierownik Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurejki w Bydgoszczy mgr inż. <i>Magdalena Karciniak</i> (data i podpis Dyrektora pionu) |
| Dział Aparatury Medycznej (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | im. dr. A. Jurejki w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

25 CZE. 2018

Szpital Uniwersytecki
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
Dział Aparatury Medycznej
85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
tel. (052) 585-41-18; fax (052) 585-40-63
REGON 001126074
(nazwa jednostki upoważnionej do
realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| Przeгляд techniczny 1 szt. urządzenia do oceny systemu jakości (opis przedmiotu zamówienia) | | |
|--|------------------------------------|--|
| 1 szt. (ilość) | 3 660,48 zł (cena jedn. brutto) | 3 660,48 zł (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 2 976,00 (w zł netto) |
| | | 690,22 (w euro netto) |

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|--------|-----------------------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem | poczta | |
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | | | |
| (nazwa) | | (adres, telefon itp.) | |
| (nazwa) | | (adres, telefon itp.) | |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-14 (data złożenia ofert) | |
| MKJ RADIOLOGIA Sp. z o.o. Sp. k. Ul. Gwiezdna 16 80-297 Banino (nazwa) | 2 976,00 zł (netto) | 3 660,48 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|--|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | MKJ RADIOLOGIA Sp. z o.o. Sp. k. (nazwa oferenta) Firma MKJ RADIOLOGIA Sp. z o.o. Sp. k. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę na przegląd techniczny 1 szt. urządzenia do oceny systemu jakości. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| 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 type="checkbox"/> obowiązkowe zawarcie umowy | <input checked="" type="checkbox"/> nieobowiązkowe zawarcie |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy 25 CZE. 2018 (data i podpis Dyrektora pionu) |
| Dział Aparatury Medycznej <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | <i>Magdalena Marciniak</i> Szpital Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

| |
|--|
| <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 REGON 001126074 (nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)</p> |
|--|

Oznaczenie sprawy ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|---|--|---|
| Przegląd techniczny 11 szt. aparatów do elektroterapii (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 11 szt. (ilość) | 98,40 zł (cena jedn. brutto) | 1 082,40 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Przegląd techniczny 4 szt. laserów terapeutycznych (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 4 szt. (ilość) | 98,40 zł (cena jedn. brutto) | 393,60 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Przegląd techniczny 2 szt. skanera kompatybilnego z laserem terapeutycznym (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 2 szt. (ilość) | 98,40 zł (cena jedn. brutto) | 196,80 zł (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 1 360,00 (w zł netto) |
| | | 315,42 (w euro netto) |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | | |
|--|----------------------------|--------|--------|--|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | (data ustalenia) | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>poczta elektroniczna/email</td> <td>faksem</td> <td>pocztą</td> </tr> </table> | poczta elektroniczna/email | faksem | pocztą | |
| poczta elektroniczna/email | faksem | pocztą | | |

| | |
|---|-----------------------|
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-14 (data złożenia ofert) | |
| PHU Technomex Sp. z o. o. Ul. Szparagowa 15 44-141 Gliwice (nazwa) | 1 360,00 zł (netto) | 1 672,80 zł (brutto) |
| P&P CITO Sp. z o. o. Ul. Kopanina 79 60-105 Poznań (nazwa) | 765,00 zł (netto) | 940,95 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | PHU Technomex Sp. z o. o. (nazwa oferenta) Firma PHU Technomex Sp. z o. o. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę zgodną z wymaganiami Zamawiającego na przegląd techniczny 11 szt. aparatów do elektroterapii, 4 szt. laserów terapeutycznych oraz 2 szt. skanera kompatybilnego z laserem terapeutycznym. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|---|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|--|---|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | ds. Technicznych i Eksploatacji Szczegółowa Umowa nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy Dyrektor 25.07.2018 (data i podpis Dyrektora pioru) |
| Dział Aparatury Medycznej <i>mgr inż. Wojciech Glinka</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy dr n. o. z dn. inż. Jacek Kryś (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

| |
|--|
| 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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
 Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|---|---|---|
| Przeгляд techniczny 2 szt. pił chirurgicznych GA 673 (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 2 szt. (ilość) | 1 775,00 zł (cena jedn. brutto) | 3 550,00 zł (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| Wartość szacunkowa zamówienia | | 2 886,18 (w zł netto) |
| | | 669,38 (w euro netto) |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| <input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną/email | <input type="checkbox"/> faksem | <input type="checkbox"/> pocztą | |

| | |
|---|-----------------------|
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|--|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-13 (data złożenia ofert) | |
| Aesculap Chifa Sp. z o. o. Ul. Tysiąclecia 14 64-300 Nowy Tomyśl (nazwa) | 2 886,18 zł (netto) | 3 550,00 zł (brutto) |
| P&P CITO Sp. z o. o. Ul. Kopanina 79 60-105 Poznań (nazwa) | 600,00 zł (netto) | 738,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|--|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | Aesculap Chifa Sp. z o. o. (nazwa oferenta) Firma Aesculap Chifa Sp. z o. o. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę zgodną z wymaganiami Zamawiającego na przegląd techniczny 2 szt. pił chirurgicznych GA 673. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|--|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|---|---|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziątek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>mgr inż. Magdalena Marciniak</i> (data i podpis Dyrektora pionu) 25 CZE. 2018 |
| Dział Aparatury Medycznej <i>mgr inż. Wojciech Litka</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś</i> (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

| |
|---|
| Szpital Uniwersytecki m. 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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
 Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| Przegląd techniczny 1 szt. noża ultradźwiękowego CUSA EXCEL (opis przedmiotu zamówienia) | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1 szt. (ilość) | 7 005,66 zł (cena jedn. brutto) | 7 005,66 zł (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 | | 5 695,66 (w zł netto) |
| | | 1 320,98 (w euro netto) |

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| <input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną/email | <input type="checkbox"/> faksem | <input type="checkbox"/> pocztą | |
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | | | |
| (nazwa) | | (adres, telefon itp.) | |
| (nazwa) | | (adres, telefon itp.) | |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

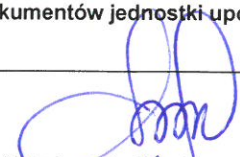
| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-11 (data złożenia ofert) | |
| COMEF Sp. z o.o. Sp. k. Ul. Niedźwiedzia 10b 02-737 Warszawa (nazwa) | 5 695,66 zł (netto) | 7 005,66 zł (brutto) |
| P&P Cito Sp. z o.o. Ul. Kopania 79 60-105 Poznań (nazwa oferenta) | 499,00 zł (netto) | 613,77 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|--|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | COMEF Sp. z o.o. Sp. k. (nazwa oferenta) Firma COMEF Sp. z o.o. Sp. k. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę zgodną z wymaganiami Zamawiającego na przegląd techniczny 1 szt. noża ultradźwiękowego CUSA EXCEL. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|---|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|--|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) |  (data i podpis Dyrektora pionu) |
| KIEROWNIK Dział Aparatury Medycznej <i>mgr inż. Joanna Gilka</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. sn. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego) <i>dr n. o. zdn inż. Jacek Kryś</i> |

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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| Przeгляд techniczny 1 szt. aparatu RTG DRX Evolution (opis przedmiotu zamówienia) | | |
|--|------------------------------------|--|
| 1 szt. (ilość) | 9 537,42 zł (cena jedn. brutto) | 9 537,42 zł (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 | | 7 754,00 (w zł netto) |
| | | 1 798,36 (w euro netto) |

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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 |
|---|---------------------------------------|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|-----------------------|--------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| poczta elektroniczna/email | faksem | pocztą | |
| do poniższych, potencjalnych oferentów: | | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) | | |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---|--------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|---|--------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-13 (data złożenia ofert) | |
| Carestream Health Poland Sp. z o. o. Ul. Wyczółki 40 02-820 Warszawa (nazwa) | 7 754,00 zł (netto) | 9 537,42 zł (brutto) |
| P&P CITO Sp. z o. o. Ul. Kopanina 79 60-105 Poznań (nazwa) | 2 000,00 zł (netto) | 2 460,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|---|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | Carestream Health Poland Sp. z o. o. (nazwa oferenta) Firma Carestream Health Poland Sp. z o. o. jako jedyny autoryzowany serwis złożyła ofertę zgodną z wymaganiami Zamawiającego na przegląd techniczny 1 szt. aparatu RTG DRX Evolution. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| B | (nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty) |

| |
|---|
| Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania: |
| postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia |

| |
|-------------------------------|
| powołane komisję opiniodawczą |
|-------------------------------|

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

| | |
|--|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziątek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy 25 CZE. 2018 (data i podpis Dyrektora pionu) |
| Dział Aparatury Medycznej (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

| |
|---|
| <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 ZAM/14735

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych 37
Koszt ujęty w PRF pkt. 404 003

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

| | | |
|---|---|---|
| Wzorcowanie 1szt. termometru wzorcowego 305P (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| 1 szt. (ilość) | 319,80 zł (cena jedn. brutto) | 319,80 zł (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 | | 260,00 (w zł netto) |
| | | 319,80 (w euro netto) |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie : | | 10-06-2018 (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"/> kosztorysu inwestorskiego |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> posiadanych ofert | <input type="checkbox"/> z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen |
|---|--|

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano: | | | (data ustalenia) |
| <input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną/email | <input type="checkbox"/> faksem | <input type="checkbox"/> pocztą | |

do poniższych, potencjalnych oferentów:

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|---------|-----------------------|
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |
| (nazwa) | (adres, telefon itp.) |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1 | 2018-06-11 (data ustalenia) |
|--|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|------------------------------|
| W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł: | 2018-06-14 (data złożenia ofert) | |
| Okręgowy Urząd Miar w Bydgoszczy Ul. Królowej Jadwigi 25 85-959 Bydgoszcz (nazwa) | 260,00 zł (netto) | 319,80 zł (brutto) |
| Okręgowy Urząd Miar w Łodzi Ul. Narutowicza 75 90-132 Łódź (nazwa oferenta) | 200,00 zł (netto) | 246,00 zł (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| | |
|--|---|
| W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę: | |
| A | Okręgowy Urząd Miar w Bydgoszczy (nazwa oferenta) Okręgowy Urząd Miar w Bydgoszczy jako jedyny podmiot prawny złożył prawidłową ofertę na wzorcowanie 1szt. termometru wzorcowego 305P. (uzasadnienie wyboru oferty) |
| 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 type="checkbox"/> | obowiązkowe zawarcie umowy | <input checked="" type="checkbox"/> | nieobowiązkowe zawarcie |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|

| | |
|---|--|
| Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień. | |
| Dział Aparatury Medycznej Referent <i>Paulina Guziatek</i> (data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>[Podpis]</i> mgr (data i podpis Dyrektora Biuro) 25 CZE. 2018 |
| Dział Aparatury Medycznej <i>[Podpis]</i> (data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy <i>[Podpis]</i> (data i podpis Kierownika Zamawiającego) rys |