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 091126074

(nazwa jednostki upoważnionej do realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy ZAM/106/2018

Pozycja z Planu Zamówień Publicznych -38a
Koszt ujęty w PRF pkt : 404-002

# PROTOKÓŁ

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

| **Naprawa 9 myjni DEKO 190** (opis przedmiotu zamówienia) | | |
|---|---|---|
| **9** (ilość) | **4 562,53** (cena jedn. brutto) | **41 062,75** (wartość zamówienia brutto) |
| (opis przedmiotu zamówienia) | | |
| (ilość) | (cena jedn. brutto) | (wartość zamówienia brutto) |
| **Wartość szacunkowa zamówienia** | **33 384,35 zł** (w zł/ netto ) | **7 742,73 zł** (w euro) |

| **Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :** | | 31-12-2018 (data ustalenia) | 03-01-2019 (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 |
| X | posiadanych ofert | | z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen |

| W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert | 100% cena |
|---|---|

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

| | |
|---|---|
| **Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1** | 20-12-2018 (data) |

| **W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:** | 03-01-2019 r. (data złożenia ofert)) | |
|---|---|---|
| **Z.U.H Elkamed S.C.**<br>**ul. Konstytucji 3 maja 17**<br>**87-100 Toruń**<br>(nazwa oferenta) | **33384,35 zł** (netto) | **41062,75zł** (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |
| (nazwa oferenta) | (netto) | (brutto) |

| **W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:** | |
|---|---|
| A | **Z. U. H. Elkamed S.C.**<br>**ul. Konstytucji 3 Maja 17**<br>**87-100 Toruń**<br>*(nazwa oferenta)* |
| | **Firma Z. U. H. Elkamed S.C.**<br>**jako jedyny serwis złożyła ofertę na naprawę 9 myjni Deko 190.** |
| B | (nazwa oferenta) |
| | (uzasadnienie wyboru oferty) |

| **Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:** | | | |
|---|---|---|---|
| | postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia | | |
| | powołane komisję opiniodawczą | | |
| X | obowiązkowe zawarcie umowy | | nieobowiązkowe zawarcie |

| **Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.** | |
|---|---|
| Dział Aparatury Medycznej<br>Specjalista<br>Iwona Losik<br>(data i podpis osoby dokonującej zamówienia) | Dyrektor<br>ds. Technicznych i Eksploatacji<br>09 STY 2019<br>Szpitala Uniwersyteckiego nr 1<br>im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy<br>(data i podpis Dyrektora piony) |
| KIEROWNIK<br>Dział Aparatury Medycznej<br>mgr inż. Wojciech Chilo<br>(data i podpis Kierownika działu jednostki dokonującej zamówienia) | mgr inż. Magdalena Marciniak<br>Szpitala Uniwersyteckiego nr 1<br>im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy<br>dr n. o zdr. inż. Jacek Krys<br>(data i podpis Kierownika Zamawiającego) |

**Do postępowania ZAM/15913 z dnia 20-12-2018**