



*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10, 64 - 400 Międzychód*

NIP: 595-13-40-382 REGON: 000310249 KRS: 0000005301
Sekretariat: tel./fax 95 748 27 11 Centrala: tel. 95 748 20 11
e-mail: spzozmiedzychod@spzoz-miedzychod.com.pl e-mail: 3000310@zoz.org.pl
www.spzoz-miedzychod.com.pl

AG/ZP-04/2019

Międzychód, dnia 14.08.2019r.

UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA PRZETARGOWEGO

Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
Ul. Szpitalna 10; 64 – 400 Międzychód**

informuje, że w trybie przetargu nieograniczonego pn.:

ZAKUP AMBULANSU TYPU „C” NA POTRZEBY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPZOZ MIĘDZYCHÓD

unieważnia postępowanie przetargowe – zgodnie z art. 93 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych – gdyż cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

Na chwilę obecną Zamawiający nie może zwiększyć kwoty szacunkowej do ceny najkorzystniejszej oferty.

Uzasadnienie

Środki ochrony prawnej:

Od niniejszej czynności Zamawiającego przysługują środki ochrony prawnej określone w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych - dział VI "Środki ochrony prawnej".

W załączeniu:

1. Informacja z otwarcia ofert.

Otrzymują:

1. Adresat.
2. a/a.

DYREKTOR
SPZOZ Międzychód
Gubry
mgr Bogusław Gubry⁽¹⁾

Zamawiający:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Międzychodzie, ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

Wykonawcy
uczestniczący w postępowaniu
nr AG/ZP-4/2019

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT

Nazwa zamówienia:

ZAKUP AMBULANSU TYPU „C” NA POTRZEBY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SZPOZ MIĘDZYCHÓD

Zamawiający, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, działając na mocy art. 86 ust. 5 ustawy z 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015r. poz. 2164 ze zm.), zwaney dalej ustawą Pzp, zawiadamia, że:

1. otwarcie ofert odbyło się w dniu 31.07.2019r. o godz. 14:30 w Sali Konferencyjnej SZPOZ w Międzychodzie
2. kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia wynosi: **450.000,00 zł brutto**
3. do wyznaczonego terminu składania ofert, ofertę złożył następujący Wykonawca:

Nr oferty	Nazwa i adres wykonawcy	Cena		Termin wykonania zamówienia	Oferowany termin gwarancji	Warunki płatności	Uwagi
		[przedmiot zamówienia – całość] zł netto	zł brutto				
1.	AUTO-FORM sp. z o. o. i wspólnik sp.k. ul. Inwestycyjna 5, 41-208 Sosnowiec	401.135,20	469.273,12	do 45 dni od dnia podpisania umowy	ambulans 24 miesiące sprzęt medyczny 36 miesięcy	do 45 dni od dnia wystawienia faktury	-


.....
(podpis osoby sporządzającej)