



*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

Międzychód, dnia 23.09.2019r.

AG/ZP-05/2019

ZAWIADOMIENIE O WYBORZE NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

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

wybrał do realizacji w/w zamówienia ofertę następującej firmy:

AUTO-FORM sp. z o. o. i wspólnik sp.k.
ul. Inwestycyjna 5
41-208 Sosnowiec

o łącznej szacunkowej wartości zamówienia: **457.812,72 zł brutto**
słownie: czterysta pięćdziesiąt siedem tysięcy osiemset dwanaście złotych 72/100

Uzasadnienie

Oferta w/w Firmy spełnia wszystkie warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu – uzyskując status najkorzystniejszej oferty.

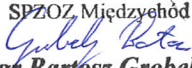
Środki ochrony prawnej:

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".

Zamawiający informuje jednocześnie, iż zawrze umowę w sprawie przedmiotowego zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż podano w art. 94 ust 1 pkt 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

W załączeniu:

1. Zbiorne zestawienie ofert
2. Streszczenie oceny i porównanie złożonych ofert

DYREKTOR
SPZOZ Międzychód

mgr Bartosz Grobelny

Otrzymują:

1. Adresat.
2. a/a.

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

Załącznik nr 3 do PROTOKOŁU

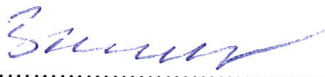
ZBIORCZE ZESTAWIENIE OFERT

Nazwa zamówienia:
**ZAKUP AMBULANSU TYPU „C”
NA POTRZEBY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPZOK 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.), zwanej dalej ustawą Pzp, zawiadamia, że:

- 1. otwarcie ofert odbyło się w dniu 05.09.2019r. o godz. 12:30 w Sali Konferencyjnej SPZOK 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 [przedmiot zamówienia – całość]		Termin wykonania zamówienia	Oferowany termin gwarancji	Warunki płatności	Uwagi
		zł netto	zł brutto				
1.	AUTO-FORM sp. z o. o. i spółnik sp.k. ul. Inwestycyjna 5, 41-208 Sosnowiec	390.429,00	457.812,72	do 45 dni od dnia podpisania umowy	ambulans 24 miesiące sprzęt medyczny 36 miesięcy	do 45 dni od dnia wystawienia faktury	-


.....
(podpis osoby sporządzającej)

Streszczenie oceny i porównanie złożonych ofert

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Liczba pkt w kryterium Cena 60%	Liczba pkt w kryterium Przedłużenie terminu gwarancji 20%	Liczba pkt w kryterium Termin realizacji 20%	Razem	UWAGI
1.	AUTO-FORM sp. z. o. o. i wspólnik sp.k. ul. Inwestycyjna 5, 41-208 Sosnowiec	60 pkt	0 pkt	5 pkt	65,00 pkt	-
2.	-	-	-	-	-	-
3.	-	-	-	-	-	-
4.	-	-	-	-	-	-

20.08.2019 
(data i podpis osoby sporządzającej protokół)