

Włoszczowa, 11.04.2024 r.

## PROTOKÓŁ

**z postępowania o udzielenie zamówienia o wartości bez podatku od towarów i usług równej lub przekraczającej kwotę 10 000 złotych do kwoty 130 000 złotych**

**1. Przedmiot zamówienia:** dostawa leków refundowanych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II.

**2. Wartość szacunkowa zamówienia:**

Zamawiający na zrealizowanie zamówienia przeznaczył następujące kwoty łącznie:

netto 120 370,25 zł.

brutto 129 999,87 zł.

**3. Ogłoszenie – zaproszenie do składania ofert** zostało zamieszczone na stronie internetowej [https://platformazakupowa.pl/pn/zoz\\_wloszczowa](https://platformazakupowa.pl/pn/zoz_wloszczowa) w dniu: 02.04.2024 r., oznaczenie sprawy: 06/03/2024/Z.

**4. Dane dotyczące złożonych ofert:**

Do upływu terminu składania ofert wpłynęła jedna oferta:

Dla pakietu nr 1:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto zł	Inne dane oferty, np. okres gwarancji, termin wykonania, itp.
1.	Roche Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 28 02-672 Warszawa	129 999,87 zł	48 godzin od złożenia zamówienia

**5. Wskazanie wybranego wykonawcy i uzasadnienie wyboru:**

Spośród złożonych ważnych ofert, uwzględniając kryteria określone w ogłoszeniu – zaproszeniu do składania ofert jako najkorzystniejszą wybrano ofertę Wykonawcy:

**Pakiet nr 1 – wpłynęła 1 oferta**

**Oferta nr 1**

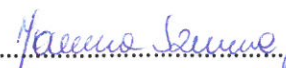
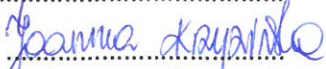
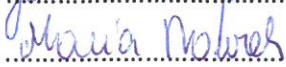
Roche Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 28, 02-672 Warszawa.

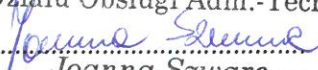
Cena brutto: 129 999,87 zł.

Kryterium oceny ofert (cena danej części zamówienia brutto ) - 100 pkt.

Uzasadnienie wyboru: oferta firmy Roche Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 28, 02-672 Warszawa spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia oraz uzyskała największą liczbę punktów w przedmiotowym postępowaniu.

Imiona i nazwiska oraz podpisy osoby/osób dokonujących oceny ofert:

1. Joanna Szwarc 
2. Joanna Krzyżińska 
3. Maria Nowak 

INSPEKTOR  
Działu Obsługi Adm.-Tech.  
  
.....  
Joanna Szwarc  
podpis osoby sporządzającej protokół

Zatwierdzam  
DYREKTOR  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Wrocławiu  
  
.....  
Rafał Krupa  
Podpis Kierownika Zamawiającego