

Ogłoszenie o wykonaniu umowy
Dostawy
„Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we
Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II”

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

1.1.) **Nazwa zamawiającego:** ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE - SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II

1.2.) **Oddział zamawiającego:** Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 000304295

1.4.) **Adres zamawiającego**

1.4.1.) **Ulica:** ul. Żeromskiego 28

1.4.2.) **Miejscowość:** Włoszczowa

1.4.3.) **Kod pocztowy:** 29-100

1.4.4.) **Województwo:** świętokrzyskie

1.4.5.) **Kraj:** Polska

1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL722 - Sandomiersko-jędrzejowski

1.4.7.) **Numer telefonu:** 41 388 38 37

1.4.8.) **Numer faksu:** 41 388 38 77

1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl

1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.zozwloszczowa.pl

1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - osoba prawna, o której mowa w art. 4 pkt 3 ustawy (podmiot prawa publicznego)

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

2.1.) **Identyfikator postępowania:** ocds-148610-20d80e02-370f-11ec-a3fb-0a24f8cd532c

2.2.) **Numer ogłoszenia:** 2021/BZP 00339102/01

2.3.) **Wersja ogłoszenia:** 01

2.4.) **Data ogłoszenia:** 2021-12-30 13:53

SEKCJA III – PODSTAWOWE INFORMACJE O POSTĘPOWANIU W WYNIKU KTÓREGO ZOSTAŁA ZAWARTA UMOWA

3.1.) **Charakter zamówienia:**

Zamówienie klasyczne - od 130 000 zł, ale o wartości mniejszej niż progi unijne

3.2.) **Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy:** Tak

3.2.1.) Numer ogłoszenia: 2021/BZP 00248176/02

3.3.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej:

Tak

3.4.) Nazwa projektu lub programu:

projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. „Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną” przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna.

3.5.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną:

Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 1 ustawy

3.6.) Rodzaj zamówienia:

Dostawy

3.7.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:

„Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II”

Umowa dla części nr 17

3.8.) Krótki opis przedmiotu zamówienia:

Pakiet nr 17

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z określeniem asortymentu, ilości oraz wymagań jakościowych wchodzących w zakres przedmiotu poszczególnych części zamówienia znajduje się w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia - Pakiet Nr 1 – 18 stanowiącym załącznik Nr 1 do SWZ - szczegółowy formularz asortymentowo - cenowy.

3.9.) Główny kod CPV: 33000000-0 - Urządzenia medyczne, farmaceutyki i produkty do pielęgnacji ciała

3.10.) Dodatkowy kod CPV:

33190000-8 - Różne urządzenia i produkty medyczne

SEKCJA IV – PODSTAWOWE INFORMACJE O ZAWARTEJ UMOWIE

4.1.) Data zawarcia umowy: 2021-11-30

4.2.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:
do 2021-12-15

4.3.) Dane wykonawcy, z którym zawarto umowę:

4.3.1.) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia (w przypadku wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia – dotyczy pełnomocnika, o którym mowa w art. 58 ust. 2 ustawy): Naturfarm Piotr Wojciechowski

4.3.2.) Krajowy Numer Identyfikacyjny: Regon: 300017155

4.3.3.) **Ulica:** Dąbrówka, ul. Jaśminowa 12

4.3.4.) **Miejscowość:** Dopiewo

4.3.5.) **Kod pocztowy:** 62-070

4.3.6.) **Województwo:** wielkopolskie

4.3.7.) **Kraj:** Polska

4.4.) **Wartość umowy:** 19980,00 PLN

4.5.) **Numer ogłoszenia o wyniku postępowania w BZP lub Dz. Urz. UE:** 2021/BZP 00326266/01

SEKCJA V PRZEBIEG REALIZACJI UMOWY

5.1.) **Czy umowa została wykonana:** Tak

5.2.) **Termin wykonania umowy:** 2021-12-14

5.3.) **Czy umowę wykonano w pierwotnie określonym terminie:** Tak

5.4.) **Informacje o zmianach umowy**

5.4.1.) **Liczba zmian:** 0

5.5.) **Łączna wartość wynagrodzenia wypłacona z tytułu zrealizowanej umowy:** 19980,00 PLN

5.6.) **Czy umowa została wykonana należycie:** Tak

5.7.) **Podczas realizacji zamówienia zamawiający kontrolował przewidziane w zawartej umowie wymagania:**

nie dotyczy

INSPEKTOR
Działu Obsługi Adm.-Tech.
Monika Rupniewska
mgr *Monika Rupniewska*

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Włoszczowie
Rafał Krupa