

11/TP/2022

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście**  
**ul. Grunwaldzka 10 B**  
**11-040 Dobre Miasto**

Dobre Miasto, dnia 14-04-2023

*do wiadomości wszystkich*  
*uczestników postępowania*

## ZAWIADOMIENIE O WYBORZE NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zamawiający, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście informuje, że w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym **na doposażenie Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście w nowoczesny sprzęt medyczny** (Ogłoszenie nr 2022/BZP 00488581/01 z dnia 2022-12-11) do realizacji zamówienia wybrano niżej wymienionych Wykonawców:

**Olympus Polska Sp. z o.o.**

**Siedziba: ul. Wynałazek 1, 02-677 Warszawa**

w zakresie części nr 1 z ofertą o wartości brutto – 942 402,85 zł

**Bajmed Sp. z o. o.**

**Siedziba: ul. Sobieskiego 53, 58-500 Jelenia Góra**

w zakresie części nr 2 z ofertą o wartości brutto – 71 280,00 zł

**Uzasadnienie wyboru:**

Wybrane oferty w najwyższym stopniu wypełniły wymagania określone w przyjętym kryterium wyboru jakim jest cena o wadze 100%.

**W postępowaniu udział wzięli:**

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Wartości części brutto /wartości wyrażone w zł/
01	Nazwa: Olympus Polska Sp. z o.o. Siedziba: ul. Wynałazek 1, 02-677 Warszawa, Województwo: Mazowieckie Adres poczty elektronicznej: przetargi.medical@olympus-europa.com Nazwa skrzynki podawczej ePUAP: /OlympusPolska/domyslna Strona internetowa: www.olympus.pl Numer telefonu: 0 (22) 366-01-26 Numer faksu: 0 (22) 266-00-49 godziny urzędowania: 8-16 Numer REGON: 012330343 Numer NIP: 522-165-17-38 KRS: 0000063126,średnie	Część nr 1 -942 402,85 - zł
02	Nazwa: Sonologistis sp z o o sp k. Siedziba: ul. Kresowa 7a, 22-400 Zamość, woj. lubelskie Województwo dolnośląskie Adres poczty elektronicznej: biuro@sonologistic.pl 1. Nazwa skrzynki podawczej ePUAP:	Część nr 2 – 70 740,00 zł

11/TP/2022

Dobre Miasto, dnia 14-04-2023

	Strona internetowa: www.sonologic.pl Numer telefonu: 84 307 22 28 Numer faksu: 84 307 22 27 godziny urzędowania: 7:30 – 15:30 Numer REGON: 060161469 Numer NIP: 9222856433 KRS: 0000261647, mikro	
03	Nazwa: Bajmed Sp. z o. o. Siedziba: ul. Sobieskiego 53, 58-500 Jelenia Góra Województwo dolnośląskie Adres poczty elektronicznej: bajmed@bajmed.com 1. Nazwa skrzynki podawczej ePUAP: /BAJMED/domyslna Strona internetowa: www.bajmed.com Numer telefonu: +48 (75) 732 90 66 Numer faksu: +48 (75) 732 90 66 godziny urzędowania: 7:30 – 15:30 Numer REGON: 383872803 Numer NIP: 7773351627 KRS: 0000794701, mikro	<b>Część nr 2 – 71 280,00 zł</b>

### **Streszczenie oceny i porównanie złożonych ofert:**

#### **Część nr 1**

Numer oferty	Nazwa Wykonawcy	Wartość oferty brutto, wyrażona w zł	Punkty przyznane na podstawie ceny	Punkty razem	Lokata
01	Olympus Polska Sp. z o.o. Siedziba: ul. Wyzwalców 1, 02-677 Warszawa	942 402,85	1,00	1,00	1

#### **Część nr 2**

Numer oferty	Nazwa Wykonawcy	Wartość oferty brutto, wyrażona w zł	Punkty przyznane na podstawie ceny	Punkty razem	Lokata
03	Bajmed Sp. z o. o. Siedziba: ul. Sobieskiego 53, 58-500 Jelenia Góra	71 280,00	1,00	1,00	1

### **Informacje o poprawie omyłek:**

Zamawiający informuje, że w złożonych ofertach przetargowych nie dokonał poprawy omyłek.

### **Unieważnienie postępowania w częściach:**

Zamawiający informuje, że nie unieważnił żadnej z części postępowania.

### **Oferty odrzucone:**

Zamawiający zgodnie z dyspozycją art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp odrzucił ofertę firmy Sonologic sp z o o sp k z siedzibą w Zamościu w zakresie części nr 2.

### **Podpisanie umowy:**

11/TP/2022

Dobre Miasto, dnia 14-04-2023

Umowy w sprawie zamówienia publicznego zostaną zawarte z zachowaniem terminu 5 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty na podstawie art. 308 ust.2 Ustawy pzp.

Trzy egzemplarze umowy jednostronnie podpisanej zostaną przekazane wybranym Wykonawcom.

*Od niniejszej decyzji przysługują środki ochrony prawnej określone w ustawie z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.) – Dział IX „Środki ochrony prawnej”.*

Dyrektor  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Dobrym Mieście

*podpis osoby uprawnionej*

