

DZPZ/333/43PN/2018

Olsztyn, dnia 19 listopada 2018 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Żołnierska 18,
10 – 561 Olsztyn

do wszystkich uczestników postępowania

ZAWIADOMIENIE O WYBORZE NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

w zakresie części nr 3

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie informuje, iż w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na wybór Wykonawców dostaw urządzeń medycznych – powtórka (*Biuletyn Zamówień Publicznych, Ogłoszenie nr 634267-N-2018 z dnia 10.10.2018r.*) do realizacji zamówienia w zakresie części nr 3 wybrano ofertę firmy:

Medela Polska Sp. z o.o., Ul. Wybrzeże Gdyńskie 6D, 01-531 Warszawa.

W postępowaniu udział wzięli – w zakresie części nr 3:

Numer oferty	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	Cena brutto PLN
03	Beryl Med Ltd 1 st FLOOR. 26 Fouberts Place Londyn W1F 7PP Adres do korespondencji: Ul. Sadowa 14 05-410 Józefów	Część nr 3 – 53 058,24
07	Medela Polska Sp. z o.o. Ul. Wybrzeże Gdyńskie 6D 01-531 Warszawa	Część nr 3 – 40 832,64

Streszczenie i porównanie złożonych ofert – w zakresie części nr 3:

Część nr 3

Nr oferty	Wykonawca	Kryterium oceny: cena 60%	Kryterium oceny: ocena parametrów techn. użytk. 40%	Razem punktów	Lokata
03	Beryl Med	0,461	0,4	0,861	II
07	Medela	0,6	0,333	0,933	I

Oferty odrzucone:

W postępowaniu nie odrzucono żadnej oferty.

Wykonawcy wykluczeni:

Z postępowania nie wykluczono żadnego Wykonawcy.

DZPZ/333/43PN/2018

Olsztyn, dnia 19 listopada 2018 r.

Podpisanie umowy:

Umowa w sprawie zamówienia publicznego zostanie zawarta w terminie nie krótszym niż 5 dni od dnia przesłania zawiadomienia o wyborze oferty zgodnie z dyspozycją art. 94 ust. 1 pkt. 2.

Jednostronnie podpisane umowy zostaną wysłane kurierem w 3 jednobrzmiących egzemplarzach.

Od niniejszej decyzji przysługują środki ochrony prawnej (ustawia z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych Dz. U. 2004 nr 19 poz. 177 – Prawo zamówień publicznych z późniejszymi zmianami. – dział VI „Środki ochrony prawnej”).

DYREKTOR
WSS w Olsztynie
Irena Kierzkowska
(*Podpis osoby uprawnionej*)