



WROCLAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SP ZOZ
000000001066

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław
sekretariat tel. 71 363-12-23, fax 71 316-00-01
REGON 000313331 NIP 894-24-60-800

Załącznik nr 4
do Regulaminu udzielania zamówień publicznych
o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto

Wrocław, 11-01-2019r.

.....
(pieczęćka zamawiającego)

Znak sprawy DIN.0421.3.2018

Znak Pisma: DIN.0421.3.2018.4.AST

**Protokół z postępowania o udzielenie zamówienia
o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto
dla zadania pn.**

„Wsparcie serwisowe oprogramowania medycznego”

1. W celu dokonania zamówienia o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto w dniu 02-01-2019r. r. opublikowano zaproszenie do składania ofert na stronie internetowej Zamawiającego <http://www.spzoz.wroc.pl/bip> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, ul. Podróżnicza 26/28 53-208 Wrocław.

2. Do dnia 10-01-2019r. r. do godz. 10:00 złożono poniższe oferty:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena netto	Cena brutto	Uwagi
1	PROG-MED. Sys. Inf. K. Waberski ul. Chochola 24 91-230 Łódź	36000,00	44280,00	Brak uwag
2			
3			

4. Uzasadnienie wyboru oferty najkorzystniejszej:

Do dnia 10-01-2019r., do godziny 10.00 wpłynęła 1 oferta, która przysłała w wyznaczonym terminie i została dopuszczona do dalszej oceny. Łączna liczba otrzymanych punktów za kryterium: 100,00 pkt.

Wybrano ofertę nr 1:

**PROG-MED. Systemy Informatyczne K. Waberski
ul. Chochola 24 91-230 Łódź**

Wykonawca spełnia wszystkie warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym oraz brak jest podstaw do jego wykluczenia. Oferta złożona przez w/w Wykonawcę została sporządzona prawidłowo i nie podlega odrzuceniu. Wybrana oferta została złożona jako jedyna w ramach postępowania. Cena oferty mieści się w kwocie jaką Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie zamówienia.

5. Z postępowania nie wykluczono żadnego z wykonawców i nie odrzucono żadnej oferty.

Wrocław, 11-01-2019r.

Kierownik Działu Informatyki
[Podpis]
(podpis pracownika merytorycznego)

Dyrektor
[Podpis]
Wojciech Skiba

Zatwierdzam.....
(Data i podpis Dyrektora WCZ SP ZOZ)