



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

Wrocław, 2019-01-11

(pieczęćka zamawiającego)  
Znak sprawy DIN.0421.1.2019  
Znak pisma: DIN.0421.1.2019.4.AST

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

**„Zakup platformy wymiany doświadczeń dla Odbiorców Modelu na potrzeby projektu CZP+ Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ”**

1. W celu dokonania zamówienia o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto w dniu 07-01-2019 r. opublikowano zaproszenie do składania ofert na stronie internetowej Zamawiającego <http://www.spzoz.wroc.pl/bip>

2. Do dnia 11-01-2019r. do godz. 10:00 złożono poniższe oferty:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena netto	Cena brutto	Uwagi
1	PISI POLSKA	7000,00 zł	7000,00 zł	Brak uwag
2	KOB24 Maciej Piotrowski	5400,00 zł	6642,00 zł	Brak uwag
3	-----	-----	-----	-----

4. Uzasadnienie wyboru oferty najkorzystniejszej:

Do dnia 11-01-2019r., do godziny 10.00 wpłynęły 2 oferty, które przysły w wyznaczonym terminie i zostały dopuszczone do dalszej oceny. Łączna liczba otrzymanych punktów za kryterium: „cena” i „termin” (zgodnie z pkt. 3.1 i 3.2 zapytania ofertowego):

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Punkty za kryterium „cena”	Punkty za kryterium „termin”	Razem
1	PISI POLSKA	66,24 pkt.	0 pkt.	66,24 pkt.
2	KOB24 Maciej Piotrowski	70,00 pkt.	30 pkt.	100,00 pkt.

Wybrano ofertę nr 2:

**KOB24 Maciej Piotrowski**  
**Ul. Skarbowa 8**  
**59-220 Legnica**

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. 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, 2019-01-11 .....  
(podpis pracownika merytorycznego)

Arkadiusz Skrzatowski

**Dyrektor**  
**Wojciech Skiba**

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