

PROTOKÓŁ
**z postępowania o udzielenie zamówienia o wartości bez podatku od towarów
i usług równej lub przekraczającej kwotę 10 000 złotych do kwoty 130 000 złotych**

1. Przedmiot zamówienia:

„Przeгляд techniczny i naprawa sprzętu p/pož. (gaśnice i hydranty) w obiektach SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespólonego w Częstochowie”

2. Wartość szacunkowa zamówienia:

netto zł:

3. Ogłoszenie – zaproszenie do składania ofert zostało zamieszczone na stronie internetowej/ platformie zakupowej Zamawiającego w dniu: 18.01.2023 r. oznaczenie sprawy: wnioski nr 501 z dnia 17.01.2023 r.

4. Dane dotyczące złożonych ofert:

Do upływu terminu składania ofert wpłynęły następujące oferty:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto zł	Inne dane oferty, np. okres gwarancji, termin wykonania, itp.
1	P.U.H. „DELTA” Sp. z o.o. ul. ks bpa H. Bednorza 19/83 40-384 Katowice	14 784, 60 zł	Gwarancja 12-mcy
2	JACERS – Jacek Rajewski Boruja Nowa 116; 64-300 Nowy Tomyśl	23 124, 49 zł	Gwarancja 12-mcy
3	PROTOS Technika Pożarnicza Andrzej Dzieciaszek; ul. Częstochowska 156, 42-233 Czarny Las	11 426, 70 zł	Gwarancja 12-mcy
4	FLAME CENTER – Krzysztof Kunert, ul. Słoneczna 32, 42-125 Biała	7 835, 10 zł	Gwarancja 12-mcy
5	RINAR - Rafał Krakowiak Koźła 44, gm. Świdnica	7 404, 60 zł	Oferta nie spełnia wymagań - brak formularza ofertowego

5. Wskazanie wybranego wykonawcy i uzasadnienie wyboru:

Spośród złożonych ważnych ofert, uwzględniając kryteria określone w ogłoszeniu – zaproszeniu do składania ofert jako najkorzystniejszą wybrano ofertę Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy/ adres: **FLAME CENTER - Krzysztof Kunert**

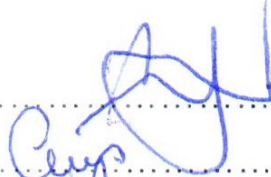


ul. Słoneczna 32, 42-125 Biała

Cena brutto: **7 835, 10 zł**

Uzasadnienie wyboru: najniższa cena wykonania usługi

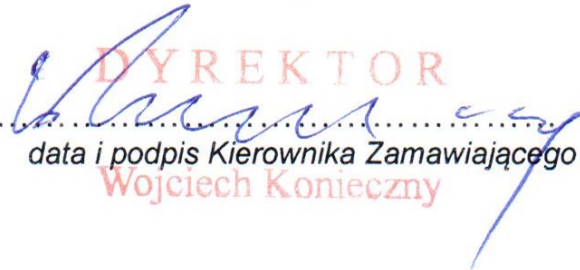
Imiona i nazwiska oraz podpisy osoby/osób dokonujących oceny ofert:

Imię i nazwisko – podpis

1. Zbigniew Szyszko
2. Krzysztof Cierpiat 
3. Beata Kozak 
4. Tomasz Kowalik 

02.02.2023 r. T. Kowalik
.....
data i podpis osoby sporządzającej protokół

Zatwierdzam/~~nie zatwierdzam~~*:

03.02.2023 r. 
.....
data i podpis Kierownika Zamawiającego
Wojciech Konieczny

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
42-200 Częstochowa, ul. Mirowska 15
Regon 151586247, NIP 9491763544
tel. 370-22-22