

Samodzielny Publiczny  
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
ul. Kościuszki 1, 37-400 Nisko

**Dokumentacja Podstawowych Czynności  
ZAPYTANIE OFERTOWE  
o wartości nie przekraczającej równowartości 130 000 zł**

zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. prawo zamówień publicznych  
(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 t.j.) – zwana dalej ustawą Pzp ustawy nie stosuje się

1. **Przedmiot zamówienia:** „ Dostawa środków dezynfekcyjnych do Apteki Szpitalnej Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.”

2. **Wartość szacunkowa:**

Wartość szacunkową zamówienia ustalono w dniu **25/09/2024 r.** na podstawie kursu euro – **4,6371 zł**

Osoba dokonująca ustalenia wartości zamówienia: **Justyna Rzekieć, Alicja Koc-Grzybowska**

Wartość szacunkowa zamówienia: w PLN **30 340,17 zł** w Euro **6 542,92 €**

**CPV: 33631600-8 – Środki antyseptyczne i dezynfekcyjne**

3. W terminie składania ofert, tj. do dnia **04/10/2024 r.** przedstawiono poniższe oferty:

Nr oferty	Zadanie nr	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	Cena oferty (brutto)	Uwagi
1.	1	Bialmed Sp. z o.o. ul. Kazimierzowska 46/48/35 02-546 Warszawa	24 989,50 zł	

4. Streszczenie i porównanie złożonych ofert:

Nr oferty	Zadanie nr	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	Cena (koszt)	Razem
1.	1	Bialmed Sp. z o.o. ul. Kazimierzowska 46/48/35 02-546 Warszawa	24 989,50 zł	100,00

5. Jako ofertę najkorzystniejszą wybrano:

Zadanie nr 1

firma (nazwa): **Bialmed Sp. z o.o.**

adres: **ul. Kazimierzowska 46/48/35**

**02-546 Warszawa**

6. Uzasadnienie wyboru: **Oferta najkorzystniejsza została wybrana na podstawie kryteriów wyboru oferty określonych w zaproszeniu do składania ofert w zapytaniu ofertowym:**

**Cena (koszt):100%**

**Oferta wybrana jako najkorzystniejsza odpowiada treści przedmiotowej zaproszenia do złożenia oferty cenowej, spełnia wszystkie graniczne wymogi podmiotowe i przedmiotowe**

określone przez Zamawiającego w zaproszeniu do złożenia oferty cenowej oraz otrzymała najwyższą liczbę punktów w kryterium oceny ofert.

7. Inne informacje: -----

*Justyna Rzekieć*

.....  
imię i nazwisko

*Justyna Rzekieć*  
.....  
podpis (pieczętka)

Nisko dnia: 07/10/2024 r.

---

Zatwierdzam wybór

Data: 07/10/2024 r.

Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Nisku

*Paweł Tofil*

.....  
podpis