

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

Dokumentacja Podstawowych Czynności
ZAPYTANIE OFERTOWE
o wartości nie przekraczającej równowartości 170 000 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 z późn. zm.) – zwana dalej ustawą Pzp ustawy nie stosuje się

1. **Przedmiot zamówienia:** Dostawa jednorazowych rękawic medycznych do Szpitala Powiatowego w Nisku.

2. **Wartość szacunkowa**

Wartość szacunkową zamówienia ustalono w dniu **18/05/2026 r.**

na podstawie cen dotychczasowych dostaw (umowa z 2025 roku), rozeznania rynku

Osoba dokonująca ustalenia wartości zamówienia: **Monika Koza, Maria Kosz**

Wartość szacunkowa zamówienia: w PLN **115 860,80 zł**
 w Euro **26 881,86 €**

CPV: 18424300-0 – Rękawice jednorazowe

3. W terminie składania ofert, tj. do dnia **08/07/2026 r.** do godziny **09.00** przedstawiono poniższe oferty:

Nr oferty	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	Cena oferty (brutto)
1.	Mercator Medical S.A. Heleny Modrzejewskiej 30 31-327 Kraków	110 574,76 zł
2.	Zarys International sp. z o.o. Ziemska 44 41-803 Zabrze	93 678,40 zł

4. Streszczenie i porównanie złożonych ofert:

Nr Zadania	Nazwa i adres wykonawcy	Cena (koszt)	RAZEM
1	Zarys International sp. z o.o. Ziemska 44 41-803 Zabrze	100,00	100,00
1	Mercator Medical S.A. Heleny Modrzejewskiej 30 31-327 Kraków	84,72	84,72

5. Jako wykonawcę zamówienia wybrano:

Zarys International sp. z o.o.

adres: **Ziemska 44, 41-803 Zabrze**

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

1. 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: -----

Monika Koza

.....
imię i nazwisko



.....
podpis (pieczęćka)

Nisko dnia: 13/07/2026 r.

Zatwierdzam wybór

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Nisku**

Paweł Tofil

Data 13/07/2026 r.
podpis