

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) – zwana dalej ustawą Pzp ustawy nie stosuje się

1. **Przedmiot zamówienia: Dostawa soli tabletkowanej do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku w ilości – 21 000 kg/rok**
2. **Wartość szacunkowa:**
Wartość szacunkową zamówienia ustalono w dniu **20/05/2025 r.** na podstawie kursu euro – **4,6371 zł**
Osoba dokonująca ustalenia wartości zamówienia: **Marian Daczyński, Monika Koza**
Wartość szacunkowa zamówienia: w PLN **37 800,00 zł** w Euro **8 151,65 €**

CPV: 14430000-4

3. W terminie składania ofert, tj. do dnia **28/05/2025 r.** przedstawiono poniższe oferty:

Nr oferty	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	Cena oferty (brutto)	Uwagi
1.	Mariusz Klejnowski Aneva ul. Krucza 13 88-100 Inowrocław	34 818,84 zł	
3,	Firma Handlowo – Usługowa E&J Józef Grych Zawierzbie 92 39-204 Żyraków	35 128,80 zł	

4. Streszczenie i porównanie złożonych ofert:

Nr Zadania	Nazwa i adres wykonawcy (Nr oferty)	Cena (koszt)	Razem:
1.	Mariusz Klejnowski Aneva ul. Krucza 13 88-100 Inowrocław	100,00	100,00
2.	Firma Handlowo – Usługowa E&J Józef Grych Zawierzbie 92 39-204 Żyraków	99,12	99,12

5. Jako ofertę najkorzystniejszą wybrano:
firma (nazwa): **Mariusz Klejnowski Aneva**
adres: ul. Krucza 13, 88-100 Inowrocław
6. Uzasadnienie wyboru: **Oferty najkorzystniejsze zostały wybrane na podstawie kryteriów wyboru oferty określonych w zaproszeniu do składania ofert w zapytaniu ofertowym:**
Cena (koszt):100%

Oferty wybrane jako najkorzystniejsze odpowiadają treści przedmiotowej zaproszenia do złożenia oferty cenowej, spełniają wszystkie graniczne wymogi podmiotowe i przedmiotowe określone przez

Zamawiającego w zaproszeniu do złożenia oferty cenowej oraz otrzymały najwyższą liczbę punktów w kryterium oceny ofert.

7. Inne informacje:-----

Monika Koza

.....
imię i nazwisko


.....
podpis (pieczętka)

Nisko dnia: 02/06/2025 r.

Zatwierdzam wybór

Data 02/06/2025 r.


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

.....
podpis
Paweł Tofil