



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430 REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl szpitalo@szpital.ostroleka.pl



MSS-TZP-ZPP-26-ZO-13/2021

Ostrołęka, dn.12.04.2021r.

OGŁOSZENIE O WYBORZE NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Dotyczy: Zapytania Ofertowego na podstawie art. 6a ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1842) **na „zakup i dostawę akcesoriów jednorazowego użytku do Aparatu HiFent model HUMID- BH do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos w systemie HFNC (High-Flow Nasal cannula) wspomagającego oddech dla Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce”.**

Zamawiający – Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce informuje o wyborze najkorzystniejszej oferty w w/w postępowaniu. W oparciu o warunki określone w Zapytaniu ofertowym za najkorzystniejszą dla części 1 uznano ofertę złożoną przez, **NZ TECHNO Sp. z o.o., ul. Berneńska 5A, 03-976 Warszawa**, która zaoferowała realizację zamówienia za cenę brutto **11 610,00 zł**. W przedmiotowym postępowaniu do upływu terminu na składanie ofert wpłynęła 1 oferta. Oferta spełniła wymagania określone przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym.

1. Porównanie ofert:

Numer oferty	Nazwa (firma) i adres Wykonawcy	Liczba punktów w kryterium cena
1	NZ TECHNO Sp. z o.o., ul. Berneńska 5A, 03-976 Warszawa	100,00 pkt.
2	Cedical Sp. z o. o. ul. Celulozy 107G/1 04-986 Warszawa	93,48 pkt.

2. Uzasadnienie wyboru:

Najkorzystniejszą okazała się oferta Wykonawcy :

Oferta nr 1: NZ TECHNO Sp. z o.o., ul. Berneńska 5A, 03-976 Warszawa. Wartość brutto 11 610,00 zł. W oparciu o podane kryteria wyboru oferta uzyskała 100,00 pkt.- uzasadnienie: oferta z najwyższą wartością punktową.

Z up. DYREKTORA

dr n. med. Wojciech E. Krzyżanowski
Z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej

.....
(data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)