|  |  |
| --- | --- |
|  | **Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna**  **w Krakowie**  31-155 Kraków, ul. Montelupich 4  tel. 012 424 54 24 fax 012 424 54 90 |

Znak sprawy: DZP-271-158/21 Kraków, dnia 30 marca 2021r.

**Zamawiający:**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie,

ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków

**Informacja o wyborze oferty publikowana na stronie WWW**

Dotyczy: zamówienia publicznego realizowanego w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji zgodnie z art. 275 pkt 1 ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. poz. 2019 ze zm.) – dalej ustawa Pzp nt **„Sukcesywna dostawa mas protetycznych, podkładów, wosków i wierteł ”**

Działając na podstawie art. 253 ust. 2 ustawy Pzp, zamawiający informuje, że dokonał wyboru oferty najkorzystniejszej.

Jako ofertę najkorzystniejszą dla **Części 1** uznano ofertę nr 2, złożoną przez wykonawcę:

**OLIDENT sp. z o.o. Depot sp.k., ul. Christo Botewa 1B, 30-798 Kraków**

**Ranking złożonych ofert Część 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer oferty** | **Wykonawca\*** | **Kryterium 1**  **Cena/koszt**  **Wartość z oferty**  **[brutto]** | **Kryterium 1**  **Cena oferty –**  **waga 60%**  **przyznana punktacja** | **Kryterium 2**  **Termin dostawy**  **Wartość z oferty** | **Kryterium 2**  **Termin dostawy –**  **waga 40%**  **przyznana punktacja** | **Łączna punktacja** |
| 2 | **OLIDENT sp. z o.o. Depot sp.k.**  **ul. Christo Botewa 1B, 30-798 Kraków**  **NIP: 6793156058** | 51 754,94 zł  po poprawieniu omyłki rachunkowej  **51 754,95 zł** | 60,00 | 1-2 dni | 40,00 | 100,00 |
| 4 | **Meditrans sp. z o.o. sp.k., ul. Podlasie 16c, 25-108 Kielce,**  **NIP: 6572896029** | **59 366,46 zł** | **Oferta nie podlega ocenie** | 1-2 dni | **Oferta nie podlega ocenie** | |

\*Zamawiający wskazuje nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty

Jako ofertę najkorzystniejszą dla **Części 2** uznano ofertę nr 1, złożoną przez wykonawcę:

**Kol-Dental Sp. z o.o. Sp.k., ul. Cylichowska 6, 04-769 Warszawa**

**Ranking złożonych ofert Część 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer oferty** | **Wykonawca\*** | **Kryterium 1**  **Cena/koszt**  **Wartość z oferty**  **[brutto]** | **Kryterium 1**  **Cena oferty –**  **waga 60%**  **przyznana punktacja** | **Kryterium 2**  **Termin dostawy**  **Wartość z oferty** | **Kryterium 2**  **Termin dostawy –**  **waga 40%**  **przyznana punktacja** | **Łączna punktacja** |
| 1 | **Kol-Dental Sp. z o.o. Sp.k., ul. Cylichowska 6, 04-769 Warszawa, NIP: 5241001593** | **68 690,55 zł** | 60,00 | 1-2 dni | 40,00 | 100,00 |
| 3 | **UNIMED Specjalistyczne Zaopatrzenie Medyczne Elżbieta Śniadach,** ul. Senatorska, nr 18, 18-400 Łomża, NIP: 7180006136 | **82 135,68 zł** | **Oferta nie podlega ocenie** | 4 dni | **Oferta nie podlega ocenie** | |
| 4 | **Meditrans sp. z o.o. sp.k., ul. Podlasie 16c, 25-108 Kielce,**  **NIP: 6572896029** | **74 522,17 zł** | **Oferta nie podlega ocenie** | 1-2 dni | **Oferta nie podlega ocenie** | |

\*Zamawiający wskazuje nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty

………………………………………………………………………………

Kierownik zamawiającego lub osoba upoważniona do podejmowania czynności w jego imieniu