

Ogłoszenie o wykonaniu umowy
Dostawy
„Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we
Włoszczowie - Szpitala Powiatowego
im. Jana Pawła II”

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) Nazwa zamawiającego:** ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE - SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II
- 1.2.) Oddział zamawiającego:** Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie
- 1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 000304295
- 1.4) Adres zamawiającego**
- 1.4.1.) Ulica:** ul. Żeromskiego 28
- 1.4.2.) Miejscowość:** Włoszczowa
- 1.4.3.) Kod pocztowy:** 29-100
- 1.4.4.) Województwo:** świętokrzyskie
- 1.4.5.) Kraj:** Polska
- 1.4.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL722 - Sandomiersko-jędrzejowski
- 1.4.7.) Numer telefonu:** 41 388 38 37
- 1.4.8.) Numer faksu:** 41 388 38 77
- 1.4.9.) Adres poczty elektronicznej:** zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl
- 1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.zozwloszczowa.pl
- 1.5.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - osoba prawna, o której mowa w art. 4 pkt 3 ustawy (podmiot prawa publicznego)

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

- 2.1.) Identyfikator postępowania:** ocds-148610-e0bacc1-1c5c-11ec-b885-f28f91688073
- 2.2.) Numer ogłoszenia:** 2021/BZP 00290243/01
- 2.3.) Wersja ogłoszenia:** 01
- 2.4.) Data ogłoszenia:** 2021-11-29 14:42

SEKCJA III – PODSTAWOWE INFORMACJE O POSTĘPOWANIU W WYNIKU KTÓREGO ZOSTAŁA ZAWARTA UMOWA

3.1.) Charakter zamówienia:

Zamówienie klasyczne - od 130 000 zł, ale o wartości mniejszej niż progi unijne

3.2.) Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy: Tak

3.2.1.) Numer ogłoszenia: 2021/BZP 00191239/02

3.3.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej:

Tak

3.4.) Nazwa projektu lub programu:

projekt RPSW.07.03.00-26-0009/19 , projekt RPSW.07.03.00-26-0006/17 zgodnie z opisem w SWZ

3.5.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną:

Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 1 ustawy

3.6.) Rodzaj zamówienia:

Dostawy

3.7.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:

„Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II”

Umowa dla części nr 10

3.8.) Krótki opis przedmiotu zamówienia:

Pakiet nr 10

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z określeniem asortymentu, ilości oraz wymagań jakościowych wchodzących w zakres przedmiotu poszczególnych części zamówienia znajduje się w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia - Pakiet Nr 1 – 16 stanowiącym załącznik NR 1 do SWZ

3.9.) Główny kod CPV: 33000000-0 - Urządzenia medyczne, farmaceutyki i produkty do pielęgnacji ciała

3.10.) Dodatkowy kod CPV:

33190000-8 - Różne urządzenia i produkty medyczne

SEKCJA IV – PODSTAWOWE INFORMACJE O ZAWARTEJ UMOWIE

4.1.) Data zawarcia umowy: 2021-10-26

4.2.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:
do 2021-11-15

4.3.) Dane wykonawcy, z którym zawarto umowę:

4.3.1.) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia (w przypadku wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia – dotyczy pełnomocnika, o którym mowa w art. 58 ust. 2 ustawy): Varimed Sp. z o. o.

4.3.2.) Krajowy Numer Identyfikacyjny: Regon: 008260019

4.3.3.) Ulica: ul. Tadeusza Kościuszki 115/4U

4.3.4.) **Miejscowość:** Wrocław

4.3.5.) **Kod pocztowy:** 50-442

4.3.6.) **Województwo:** dolnośląskie

4.3.7.) **Kraj:** Polska

4.4.) **Wartość umowy:** 18450,00 PLN

4.5.) **Numer ogłoszenia o wyniku postępowania w BZP lub Dz. Urz. UE:** 2021/BZP 00281436/01

SEKCJA V PRZEBIEG REALIZACJI UMOWY

5.1.) **Czy umowa została wykonana:** Tak

5.2.) **Termin wykonania umowy:** 2021-11-15

5.3.) **Czy umowę wykonano w pierwotnie określonym terminie:** Tak

5.4.) **Informacje o zmianach umowy**

5.4.1.) **Liczba zmian:** 0

5.5.) **Łączna wartość wynagrodzenia wypłacona z tytułu zrealizowanej umowy:** 18450,00 PLN

5.6.) **Czy umowa została wykonana należyście:** Tak

5.7.) **Podczas realizacji zamówienia zamawiający kontrolował przewidziane w zawartej umowie wymagania:**

nie dotyczy

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Włoszczowie

Rafał Krupa