



### Raport Wyboru Ofert

Data wygenerowania Raportu:		2021-03-02 08:28:10	NAZWA POSTĘPOWANIA: ID 427069: Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Wągrowcu
Kupujący:	Urząd Gminy Wągrowiec		
Typ postępowania:	OTWARTE, ZAPYTANIE (SZABLON:Zapytanie ofertowe)		
Organizator postępowania:	Paulina Maciejewska		
Data wystawienia postępowania:	2021-02-22 08:50:36		
Data rozpoczęcia postępowania:	2021-02-22 08:50:00		
Data zakończenia postępowania:	2021-02-26 13:00:00 Data otwarcia ofert: 2021-02-26 13:30:00		
Liczba zaproszonych dostawców (wykonawców) / ofert w pierwszym etapie:	7 / 1		
Pełna dokumentacja w wersji elektronicznej z postępowania znajduje się pod adresem: <a href="https://platformazakupowa.pl/transakcja/427069">https://platformazakupowa.pl/transakcja/427069</a>			

ETAP 1							
Przedmiot postępowania					Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy		
Lp.	Przedmiot postępowania - ON ID (etap 1)	Ilość	Jednostka miary	Waluta	Cena jednostkowa netto	Wartość pozycji netto	Waluta
1		1,00	szt.	PLN	6854	6 854,00	PLN
<b>Razem (netto):</b>						<b>6 854,00</b>	<b>PLN</b>
Data złożenia oferty (edycji oferty):					2021-02-25 12:57:49		
Data odszyfrowania oferty:							
Uwagi kupca do oferty:					Dodana przez kupca; Oferta została wybrana ze względu na spełnienie wszystkich wymagań formalnych wskazanych w zapytaniu.		

Kryteria Oceny i Wyboru Ofert/Dostawców (Wykonawców) ETAP 1					
Lp.	Nazwa kryterium:	Preferencje:	Waga kryterium:	Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy	Ocena
1	Wartość oferty	Wartość oferty	100,00 %	6 854,00 PLN	
2	Oświadczenie	Oświadczenie o posiadaniu uprawnień do wykonania przedmiotowego zadania tj. uprawnień lekarskich ze wskazaną specjalizacją z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 1 zaproszenia. Proszę potwierdzić wpisując "Akceptuję"	-	Akceptuję	
3	Wzór umowy	Zaparafowany projekt umowy. Proszę potwierdzić wpisując	-	Akceptuję	
4	Oświadczenie	Oświadczenie, że usługi będą wykonywane maksymalnie w odległości 70 km od siedziby zamawiającego. Proszę potwierdzić	-	Akceptuję	
<b>Łączna ocena ważona:</b>					<b>0,00</b>

Wybór Dostawcy/Wykonawcy ETAP 1	
Wybrano Dostawcę/Wykonawcę:	Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy ;
Uzasadnienie:	Oferta została wybrana ze względu na spełnienie wszystkich wymagań formalnych wskazanych w zapytaniu.

Skład Zespołu Oceniającego				
Lp.	Imię i nazwisko:	Rola w zespole:	Ocenii (kryteria):	Podpis:
1	Paulina Maciejewska	Przewodniczący Zespołu	NIE	<i>Paulina Maciejewska</i>
2	Agnieszka Ciemachowska	Członek Zespołu	NIE	<i>Agnieszka Ciemachowska</i>
3	Patrycja Kantorska	Członek Zespołu	NIE	<i>Patrycja Kantorska</i>

Zatwierdzenie raportu		
Lp.	Data zatwierdzenia:	Podpis:
1	02.03.2021	<i>Paulina Maciejewska</i>
2	02.03.2021	<i>Agnieszka Ciemachowska</i>
3	02.03.2021	<i>Patrycja Kantorska</i>