

## Informacja o wyborze oferty

### I. Zamawiający

1. Nazwa: Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
2. Adres: Ul. Długa 1/2  
3. Kod pocztowy: 61-848  
4. Miejscowość: Poznań  
5. Województwo: Wielkopolskie

### II. Czy zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w BZP

Tak

Nie

Nr BZP 506630--N-2020

2020

data 28.01.2020

### III. Tryb i przedmiot zamówienia

1. Rodzaj zamówienia dostawa  
2. Tryb udzielania zamówienia przetarg nieograniczony

### IV. Nazwa nadana zamówieniu przez Zamawiającego

**zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku - zestaw do przezskórnej naprawy zastawki mitralnej**

### V. Wybór oferty

1. Oznaczenie oferty częściowej,  
(jeśli dotyczy):

2. Wykonawca

- a. Nazwa: Abbott Medical sp. z o.o.  
b. Adres: ul. Postępu 21B  
c. Kod pocztowy: 02-676  
d. Miejscowość: Warszawa  
e. Województwo: mazowieckie

3. Cena oferty wybranej: 356.832,00 zł

### Uzasadnienie

Wybrana oferta uzyskała maksymalną ilość punktów przyznanych na podstawie kryteriów określonych w SIWZ. Suma uzyskanych punktów 100,00. W załączeniu streszczenie oceny ofert.

Dyrektor Szpitala

dr hab. med. Szczepan Cofka  
Dyrektor Szpitala

St. Inspektor  
Dział Zamówień Publicznych

Beata Pietsner

Szpital Kliniczny Przemienienia Powszechnego  
 UM w Poznaniu  
 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań  
 NIP 778-13-43-588 REGON 00028828  
 Dział Zamówień Publicznych  
 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań  
 tel. 061 954 00 09, 061 954 07 42, fax 061 954 00 93

oznaczenie sprawy EZP/ 10/20  
 Zawiadomienie zgodne z art. 92 ust 1 pkt 1 ustawy PZP

Streszczenie oceny i porównania złożonych ofert

Numer oferty	Nazwa Wykonawcy	Liczba pkt w kryterium cena 100,00 pkt	Liczba pkt w kryterium jakość .....	Liczba pkt w kryterium .....	Liczba pkt w kryterium .....	Razem
1	Abbott Medical sp. z o.o. ul. Postępu 21B 02-676 Warszawa	100,00				100,00

**UWAGA:**  
 Zamawiający informuje, że umowy zostaną zawarte w dniu 18.02.2020 roku

St. Inspektor  
 Dział Zamówień Publicznych  
*Beata Górska*  
 .....  
 (podpis osoby sporządzającej)