*﻿﻿﻿ Numer sprawy nadany przez zamawiającego: SPZOZZSM/ZP/230/16/2014*

|  |  |
| --- | --- |
| ISO | **SP ZOZ ZESPÓŁ SZPITALI MIEJSKICH**  **ul. Strzelców Bytomskich 11 41-500 Chorzów**  **NIP: 627-19-23-530 REGON: 271503410**  **Dział Zamówień Publicznych**  **tel. (032) 34-99-298 fax. (032) 34-99-299**  **po godz. 1500 fax. (032) 34-99-119**  **e-mail:** [**zp@zsm.com.pl**](mailto:zp@zsm.com.pl) **http: www.zsm.com.pl** |

**OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA – Usługi**

**Przeprowadzanie przeglądów okresowych tomografu komputerowego produkcji GE BrightSpeed Elite 16 Select wraz z diagnostyką i ewentualnymi naprawami**

**Zamieszczanie ogłoszenia:** obowiązkowe.

**Numer ogłoszenia: 86771 - 2014; data zamieszczenia: 22.04.2014**

**Ogłoszenie dotyczy:** zamówienia publicznego.

**Czy zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych:** tak, numer ogłoszenia w BZP: 96420 - 2014r.

**Czy w Biuletynie Zamówień Publicznych zostało zamieszczone ogłoszenie o zmianie ogłoszenia:** nie.

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

**I. 1) NAZWA I ADRES:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów, woj. śląskie, tel. 032 3499115, faks 032 2413952.

**I. 2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO:** Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:** Przeprowadzanie przeglądów okresowych tomografu komputerowego produkcji GE BrightSpeed Elite 16 Select wraz z diagnostyką

i ewentualnymi naprawami.

**II.2) Rodzaj zamówienia:** Usługi.

**II.3) Określenie przedmiotu zamówienia:** Przedmiotem zamówienia jest usługa realizowana w okresie 12 miesięcy użytkowania urządzenia - tomografu komputerowego produkcji GE,

typ BrightSpeed Elite 16 Select.

**II.4) Wspólny Słownik Zamówień (CPV):** 50.42.21.00-2.

**SEKCJA III: PROCEDURA**

**III.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** Przetarg nieograniczony

**III.2) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**

* **Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej:** nie

**SEKCJA IV: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 07.04.2014.

**IV.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 2.

**IV.3) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:** 0.

**IV.4) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA:**

* GE Medical Systems Polska Sp. z o.o., ul. Wołowska 9, 02-583 Warszawa, kraj/woj. mazowieckie.

**IV.5) Szacunkowa wartość zamówienia** *(bez VAT)*: 163000,00 PLN.

**IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIŻSZĄ**

**I NAJWYŻSZĄ CENĄ**

* **Cena wybranej oferty:** 139459,80
* **Oferta z najniższą ceną:** 139459,80 **/ Oferta z najwyższą ceną:** 150300,00
* **Waluta:** PLN.

*Podpis Kierownika Zamawiającego/*

*~~osoby upoważnionej~~*