



Mazowieckie Specjalistyczne
Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza



tel. (+48) 22 758-60-05; fax (+48) 22 758-75-70

05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

sekretariat@mscz.pl

Pruszków, dn. 09.02.2024 r.

BDN/ZP.260. *g* /2024

ZAWIADOMIENIE O WYBORZE OFERTY

Zamawiający, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, zawiadamia o uznaniu za najkorzystniejszą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest „Zakup licencji oprogramowania antywirusowego na okres 24 m-cy” (nr postępowania: ZO/KŁ/3/2024) oferty nr 1, złożonej przez:

Miecz Net Karol Labe
ul. Mieczyków 14A, 41-250 Czeladź
Cena oferty brutto – 59.040,00 zł

p.o. Dyrektora
Mazowieckiego Specjalistycznego
Centrum Zdrowia

Jacek Bachański

W załączeniu: Informacja z otwarcia ofert

KONTO: BGŻ BNP Paribas S.A. PL 53 1600 1374 1839 1479 2000 0001

NIP 534-001-23-06

Regon 000687617

KRS 00000 6607

Mazowsze.
serce Polski

A. Malach

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT

1. W celu udzielenia zamówienia pn. „Zakup licencji oprogramowania antywirusowego na okres 24 m-cy” przeprowadzono postępowanie zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych, na potrzeby Zespołu Obsługi Informatycznej.
2. W dniu 31.01.2024 r. zamieszczono Zapytanie Ofertowe na stronie internetowej Zamawiającego www.tworki.eu.
3. W terminie składania ofert, tj. do dnia 08.02.2024 r. do godziny 9:00 wpłynęła 1 oferta:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena oferty brutto (zł)
1.	Miecz Net Karol Labe ul. Mieczyków 14a, 41- 250 Czeladź	59.040,00 zł

4. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia: 59.655,00 zł brutto.
5. Wybrano jedyną złożoną w postępowaniu ofertę, która spełnia wszystkie wymagania i warunki określone w Zapytaniu Ofertowym, tj. ofertę złożoną przez Miecz Net Karol Labe z siedzibą w Czeladzi przy ul. Mieczyków 14a, 41- 250 Czeladź. Cena brutto oferty wybranej: 59.040,00 zł (słownie: pięćdziesiąt dziewięć tysięcy czterdzieści złotych 00/100).

p.o. Dyrektora
Mazowieckiego Specjalistycznego
Centrum Zdrowia

.....
(podpis kierownika zamawiającego
lub osoby upoważnionej)