



„**PACJENT JEST DLA NAS NAJWAŻNIEJSZY**”

ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn

tel. (0-89) 751 25 02, faks (0-89) 751 37 97, e-mail: [szpital@post.pl](mailto:szpital@post.pl), [2800361@zoz.org.pl](mailto:2800361@zoz.org.pl)

Krajowy Rejestr Sądowy 499, Rejestr ZOZ 2800361, NIP 742-183-60-30, REGON 510929362

Szpital Powiatowy w Kętrzynie  
11-400 Kętrzyn, ul. M.C. Skłodowskiej 2  
Tel. 89 751 25 02, Fax. 89 751 37 97  
Regon 510929362, NIP 742-18-36-030  
KSIĘGA REJESTROWA 28-00361  
Szpital Powiatowy w Kętrzynie 01

Kętrzyn, dnia 21.12.2016 r.

## Strona internetowa/ Tablica ogłoszeń

Nasz znak: 40/PP/2016

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr **40/PP/2016** w trybie zapytanie cenę, w stosunku do którego nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych na podstawie art. 4 pkt 8 Pzp pt.: „**Odbieranie i zagospodarowanie odpadów komunalnych wytwarzanych na terenie Szpitala Powiatowego w Kętrzynie – postępowanie drugie**”

### ZAWIADOMIENIE O WYBORZE OFERTY

W nawiązaniu do prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Kętrzynie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pt.: „**Odbieranie i zagospodarowanie odpadów komunalnych wytwarzanych na terenie Szpitala Powiatowego w Kętrzynie – postępowanie drugie**” Zamawiający informuje, że w przeprowadzonym postępowaniu złożone zostały dwie oferty:

Numer	Wykonawca	Cena brutto
1	Gminne Przedsiębiorstwo Komunalne Sp. z o.o., Karolewo 33, 11-400 Kętrzyn	80.500,00 zł
2	Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej „Komunalnik” Sp. z o.o., Plac Słowiański 2, 11-400 Kętrzyn	103.420,80 zł

Wszyscy Wykonawcy spełnili wymagane w zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu. Zamawiający kierując się ustalonym w zapytaniu kryterium wyboru oferty, którym była cena – 100%, postanawia do realizacji zamówienia przyjąć ofertę firmy *Gminne Przedsiębiorstwo Komunalne Sp. z o.o., Karolewo 33, 11-400 Kętrzyn*. Umowa ze wskazanym Wykonawcą zostanie niezwłocznie podpisana.

DYREKTOR  
Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

*dr n. med. Krzysztof Tytman*

.....  
(podpis Zamawiającego)