

**Protokół rozeznania cenowego:**

**- dokonanie dostawy lub usługi o wartości szacunkowej powyżej 5.000,00zł\*,  
-wykonanie roboty budowlanej o wartości szacunkowej powyżej 10.000,00zł\*,  
których wartość szacunkowa (netto) nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty  
30 000 euro**

**1. Przedmiot zamówienia:**

- robota budowlana
- dostawa
- usługa

**na : Sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych i środków medycznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Starachowicach - powtórzenie**

**2. W dniu 13.02.2019 r. Dom Pomocy Społecznej w Starachowicach skierował w formie pisemnej, w tym faksem\* lub pocztą elektroniczną\* zaproszenie do składania ofert do co najmniej trzech potencjalnych wykonawców/dostawców\*; zamieścił zaproszenie do składania ofert na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Domu Pomocy Społecznej w Starachowicach\***

**3. Termin składania ofert upłynął w dniu 22.02.2019 r. o godzinie 9.00**

**4. W terminie na złożenie oferty wpłynęły oferty następujących potencjalnych wykonawców:**

- 1) AMBER II Spółka z o. o. 43-100 Tychy, Apteka Rodzinna ul. Armii Krajowej 23, 27-200 Starachowice,
- 2) Nasza APTEKA Spółka z o. o. ul. Romera 37, 20-473 Lublin
- 3) Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego „CEFARM-KIELCE” Spółka Akcyjna ul. Jagiellońska 70, 25-950 Kielce, APTEKA CEF@RM 36,6, 27-200 Starachowice, ul. Staszica 1

**5. Uzasadnienie wyboru oferty najkorzystniejszej;**

Dom Pomocy Społecznej w Starachowicach informuje, że unieważnia postępowanie w przedmiocie zamówienia „ Sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych i środków medycznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Starachowicach – powtórzenie ” prowadzone w trybie zaproszenia do złożenia oferty ze względu na podanie błędnych wartości wykonania przedmiotu zamówienia przez w/w Wykonawców co uniemożliwia wybór najkorzystniejszej oferty.

Postępowanie zostanie powtórzone przez publikację na stronach BIP.

**6. Na tym notatkę zakończono i podpisano.**

Podpisy pracownika prowadzącego postępowanie:

.....  
(imię i nazwisko – podpis)

**Potwierdzam, że postępowanie spełnia kryteria legalności, celowości i gospodarności.**

Starachowice, dnia 25.02.2019 r.

**Zatwierdzam:**

.....  
DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
w Starachowicach  
*Aneta*  
mgr Aneta Świercz