**Ogłoszenie o wyniku postępowania**
**Usługi**
**„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy dla Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu”**

## SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

**1.1.) Rola zamawiającego**
Postępowanie prowadzone jest samodzielnie przez zamawiającego

**1.2.) Nazwa zamawiającego:** Zakład Narodowy im. Ossolińskich

**1.4) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 930691990

**1.5) Adres zamawiającego**

**1.5.1.) Ulica:** Szewska 37

**1.5.2.) Miejscowość:** Wrocław

**1.5.3.) Kod pocztowy:** 50-139

**1.5.4.) Województwo:** dolnośląskie

**1.5.5.) Kraj:** Polska

**1.5.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL514 - Miasto Wrocław

**1.5.7.) Numer telefonu:** 713444471

**1.5.9.) Adres poczty elektronicznej:** zamowienia@ossolineum.pl

**1.5.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.ossolineum.pl

**1.6.) Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:**
www.ossolineum.pl

**1.7.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - inny zamawiający

Fundacja

**1.8.) Przedmiot działalności zamawiającego:** Inna działalność

Muzea, biblioteka, wydawnictwo

## SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

**2.1.) Ogłoszenie dotyczy:**

Zamówienia publicznego

**2.2.) Ogłoszenie dotyczy usług społecznych i innych szczególnych usług:** Tak

**2.3.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:**
„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy dla Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu”

**2.4.) Identyfikator postępowania:** ocds-148610-01214413-249c-11ef-87ba-8eb060fd7bb8

**2.5.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00393856

**2.6.) Wersja ogłoszenia:** 01

**2.7.) Data ogłoszenia:** 2024-07-03

**2.8.) Zamówienie albo umowa ramowa zostały ujęte w planie postępowań:** Nie

**2.11.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej:** Nie

**2.13.) Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy:** Tak

**2.14.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00356195

## SEKCJA III – TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA LUB ZAWARCIA UMOWY RAMOWEJ

**3.1.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną** Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 1 ustawy

## SEKCJA IV – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**4.1.) Numer referencyjny:** DZP-2621-19/2024

**4.2.) Zamawiający udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania:** Nie

**4.3.) Wartość zamówienia:** 408000,00 PLN

**4.4.) Rodzaj zamówienia:** Usługi

**4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia**

Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy dla Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu”

**4.5.3.) Główny kod CPV:** 85000000-9 - Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

**4.5.4.) Dodatkowy kod CPV:**

85100000-0 - Usługi ochrony zdrowia

85121000-3 - Usługi medyczne

85140000-2 - Różne usługi w dziedzinie zdrowia

85147000-1 - Usługi zdrowotne świadczone dla firm

## SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA

**5.1.) Postępowanie zakończyło się zawarciem umowy albo unieważnieniem postępowania:** Postępowanie/cześć postępowania zakończyła się zawarciem umowy

## SEKCJA VI OFERTY

**6.1.) Liczba otrzymanych ofert lub wniosków:** 1

**6.1.1.) Liczba otrzymanych ofert wariantowych:** 0

**6.1.2.) Liczba ofert dodatkowych:** 0

**6.1.3.) Liczba otrzymanych od MŚP:** 0

**6.1.4.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwach EOG innych niż państwo zamawiającego:** 0

**6.1.5.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwie spoza EOG:** 0

**6.1.6.) Liczba ofert odrzuconych, w tym liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 0

**6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt:** 0

**6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem:** 390024,00 PLN

**6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem:** 390024,00 PLN

**6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:** 390024,00 PLN

**6.5.) Do wyboru najkorzystniejszej oferty zastosowano aukcję elektroniczną:** Nie

**6.6.) Oferta wybranego wykonawcy jest ofertą wariantową:** Nie

## SEKCJA VII WYKONAWCA, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA

**7.1.) Czy zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia:** Nie

**7.3.) Dane (firmy) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:**

**7.3.1) Nazwa (firma) wykonawcy, któremu udzielono zamówienia:** Medicover Sp. z o.o.

**7.3.2) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** 525-15-77-627

**7.3.3) Ulica:** Al. Jerozolimskie 96

**7.3.4) Miejscowość:** Warszawa

**7.3.5) Kod pocztowy:** 00-807

**7.3.6.) Województwo:** mazowieckie

**7.3.7.) Kraj:** Polska

**7.4.) Czy wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom?:** Nie

## SEKCJA VIII UMOWA

**8.1.) Data zawarcia umowy:** 2024-07-01

**8.2.) Wartość umowy/umowy ramowej:** 390024,00 PLN

**8.3.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej:**
Od 2024-07-01 do 2025-06-30