

**Ogłoszenie o wyniku postępowania
Usługi****Usługa dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu****SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY****1.1.) Rola zamawiającego**

Postępowanie prowadzone jest samodzielnie przez zamawiającego

1.2.) Nazwa zamawiającego: Zakład Unieszkodliwiania Odpadów Sp. z o.o.**1.4) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 320959491**1.5) Adres zamawiającego****1.5.1.) Ulica:** Logistyczna 22**1.5.2.) Miejscowość:** Szczecin**1.5.3.) Kod pocztowy:** 70-608**1.5.4.) Województwo:** zachodniopomorskie**1.5.5.) Kraj:** Polska**1.5.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL424 - Miasto Szczecin**1.5.9.) Adres poczty elektronicznej:** przetargi@zuo.szczecin.pl**1.5.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.bip.zuo.szczecin.pl**1.6.) Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:**<https://ezamowienia.gov.pl/mp-client/search/list/ocds-148610-1f779c95-3836-4dc1-89ee-b92a8d6b27a8>**1.7.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - osoba prawna, o której mowa w art. 4 pkt 3 ustawy (podmiot prawa publicznego)**1.8.) Przedmiot działalności zamawiającego:** Ogólne usługi publiczne**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:**

Usługa dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu

2.4.) Identyfikator postępowania: ocds-148610-1f779c95-3836-4dc1-89ee-b92a8d6b27a8**2.5.) Numer ogłoszenia:** 2026/BZP 00314610**2.6.) Wersja ogłoszenia:** 01**2.7.) Data ogłoszenia:** 2026-06-30**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:** 2026/BZP 00058764**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: DF.251.1.2025.JH

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

4.4.) Rodzaj zamówienia: Usługi

4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest usługa dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 8 do SWZ.

4.5.3.) Główny kod CPV: 85120000-6 - Usługi medyczne i podobne

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: 3

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: 2

6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt: 1

6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem: 925,30 PLN

6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem: 925,30 PLN

6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: 925,30 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: LUX MED sp. z o.o.

7.3.2) Krajowy Numer Identyfikacyjny: NIP 5272523080

7.3.3) Ulica: Szturmowa 2

7.3.4) Miejscowość: Warszawa

7.3.5) Kod pocztowy: 02-678

7.3.6.) Województwo: mazowieckie

7.3.7.) Kraj: Polska

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

7.4.1.) Informacja o częściach zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, oraz nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani:

Realizacja świadczeń medycznych przy pomocy podwykonawczych placówek medycznych (załącznik lista placówek współpracujących) w zakresie części zamówienia na „Usługę dobrowolnej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie abonamentu” (według wyboru uprawnionych Pacjentów Zamawiającego). Nazwy podwykonawców zgodnie z załącznikiem "Lista placówek współpracujących" załączonych do oferty Wykonawcy.

SEKCJA VIII UMOWA

8.1.) Data zawarcia umowy: 2026-06-22

8.2.) Wartość umowy/umowy ramowej: 925,30 PLN

8.3.) Okres realizacji zamówienia albo umowy ramowej: 24 miesiące