

Świnoujście, 14.12.2018 r.

Znak sprawy: WOS.271.28.2018.AB

Protokół rozeznania rynku

dla zamówienia o wartości w przedziale powyżej 2000 złotych do kwoty 30 000 euro

- Realizując procedurę udzielenia zamówienia (przedmiot zamówienia):
„Prowadzenie całodobowej interwencji oraz leczenia i rehabilitacji zwierząt dziko występujących na terenie Gminy Miasto Świnoujście, wymagających okresowej opieki człowieka, w celu przywrócenia ich do środowiska przyrodniczego”, kod CPV: 85200000-1 - Usługi weterynaryjne; 60100000-9 – Usługi w zakresie transportu drogowego przeprowadzono/ ~~nie przeprowadzono~~* rozeznanie rynku.
- Zaproszono do udziału w postępowaniu niżej wymienionych wykonawców: -
Zapytanie zostało umieszczone na stronie internetowej Urzędu Miasta Świnoujście – <http://bip.um.swinoujście.pl>
- Data ustalenia wartości zamówienia: 29.11.2018 roku.
- Wartość zamówienia netto: 11.132,50 euro została wyliczona zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2017 r. wg kursu zł: 4,3117.
- W terminie do dnia 14.12.2018 r. do godziny 10.00 otrzymano oferty od następujących wykonawców:

Lp	Nazwa i adres wykonawcy	Cena netto/brutto	Inne kryteria, uwagi
1.	Ośrodek Rehabilitacji Zwierząt Piotr Barański, Warnowo 5/1, 72-518 Ładzin	4.000,00 zł netto / 4.000,00 zł brutto / miesiąc	
2.	Animals, Inspektor Adam Żuchowicz ul. Witosa 9/4, 72-600 Świnoujście	9.000,00 zł netto / 9.720,00 zł brutto	

- Uzasadnienie wyboru oferty najkorzystniejszej (wyjaśnienie, jeżeli nie przeprowadzono rozeznania rynku, w tym dokładny opis kryteriów wyboru innych niż cena, jeżeli zostały zastosowane przy wyborze):

Dokonano wyboru najtańszej oferty cenowej przedłożonej przez Ośrodek Rehabilitacji Zwierząt Piotr Barański, Warnowo 5/1, 72-518 Ładzin. Przewidywany roczny koszt usługi to kwota 48.000,00 zł brutto. Wykonawca nie jest płatnikiem podatku VAT, w związku z czym kwota netto i brutto przeznaczona na realizację usługi jest taka sama. Kwota ta jest zabezpieczona w budżecie na 2019 rok.

NACZELNIK

(podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej)

mgr Beata Tulodziecka-Terenda

Zatwierdzam do realizacji

mgr Michał Michalski

(data i podpis Prezydenta Miasta lub osoby upoważnionej)

sporządził

.....

(imię i nazwisko pracownika)