



# Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział Regionalny w Kielcach

ul. Wojska Polskiego 65 B, 25-389 Kielce  
tel. 41 348 19 00, 41 348 19 10 fax 41 348 19 20  
www.krus.gov.pl, e-mail kielce@krus.gov.pl

## INFORMACJA O WYBORZE OFERTY

w postępowaniu uproszczonym, do którego na podstawie art.4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.  
Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1843) nie stosuje się przepisów  
niniejszej ustawy

Dotyczy zamówienia publicznego na :

**" Świadczenie przez Wykonawcę usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników  
Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Kielcach i podległych  
placówek terenowych "( Nr ref. 0500-OP.261.86.2019)**

o szacunkowej wartości netto: **43.624,34 zł**

Ogłoszenie o zamówieniu opublikowane zostało na stronie internetowej KRUS w dniu 12 grudnia 2019r.

Do upływu terminu składania ofert, tj. do dnia 19 grudnia 2019r. do godz. 14:00. złożono następujące oferty:

- 1) Przychodnia dla Rodziny "GALUS" s.c. *Ewa i Robert Brumirscy*, ul. Górna 19A, 25-415 Kielce -  
cena oferty: 39.185,00 zł,
- 2) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach, ul. Wojska Polskiego 51,  
25-375 Kielce – cena oferty: 59.495,00 zł,
- 3) PZU ZDROWIE S.A. ul. Konstruktorka 13, 02-673 Warszawa, PZU Zdrowie S.A. Oddział Centrum  
ARTIMED w Kielcach, ul. Paderewskiego 4B, 25-017 Kielce - cena oferty: 53.130,00 zł.

Po sprawdzeniu i przeanalizowaniu ofert za najkorzystniejszą uznano Ofertę nr 1 złożoną przez:

### **Przychodnia dla Rodziny "GAŁUS" s.c.**

*Ewa i Robert Brumirscy*  
**ul. Górna 19A, 25-415 Kielce**  
NIP: 9591082341  
REGON: 290576873

oferującą realizację zamówienia za cenę netto=brutto: **39.185,00 zł**

### **Uzasadnienie wyboru:**

Wykonawca- Przychodnia dla Rodziny "GALUS" s.c. *Ewa i Robert Brumirscy*- zaferował najniższą cenę spośród wszystkich ważnych ofert złożonych w postępowaniu. Oferta Wykonawcy spełnia wymagania Zamawiającego.

Kielce, dnia 20 grudnia 2019r.

2019-12-20  
GŁÓWNY SPECJALISTA  
*mgr Krystyna Śładkowska*

(pieczęć, podpis osoby przeprowadzającej postępowanie)

DYREKTOR  
*mgr inż. Tadeusz Jakubowski*

(pieczęć, podpis Realizującego zamówienie)