

WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SP ZOZ  
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (cz. V 53)  
000000001066  
ul. Aleksandra Ostrowskiego 13c, 53-238 Wrocław  
tel. 71 369-90-60  
REGON 000313331-00294 NIP 894-24-60-800  
(pieczęćka zamawiającego)

Załącznik nr 2

Wrocław, 26.07.2023 r.

Znak sprawy CZP.082.58.2023.2 AKO

**Protokół z postępowania o udzielanie zamówienia o wartości mniejszej niż 130 000 złotych dla zadania pn.**  
**„Warsztaty psychoedukacyjne i piknik dobrych relacji z grą terenową” w ramach projektu:**  
**„Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie**  
**zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II”**

1. W celu dokonania zamówienia o wartości mniejszej niż 130 000 złotych w dniu 15.06.2023 r. opublikowano zaproszenie do składania ofert na stronie internetowej Zamawiającego <http://www.spzoz.wroc.pl/bip>

2. Do dnia 25.07.2023 r. do godz. 23:59 złożono poniższe oferty:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena netto	Cena brutto	kryteria
1.	SUN & MORE SP. Z O.O. ul. A. Madalińskiego 8 lok 215, 70-101 Szczecin	14 000,00 zł	17 220,00 zł	Cena
2.	Stowarzyszenie Druga Runda ul. Tęczowa 24/6, 53-602 Wrocław	17 000,00 zł	17 000,00 zł	Cena

4. Uzasadnienie wyboru oferty najkorzystniejszej:

Do realizacji działań w szczególności zajęć piknikowych w formie wydarzenia „Warsztaty psychoedukacyjne i piknik dobrych relacji z grą terenową” w ramach projektu pn. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II” zgłosiło się dwóch oferentów. Oferenci spełniają wszystkie warunki zawarte w zapytaniu ofertowym.

5. Z postępowania nie wykluczono żadnego z oferentów i nie odrzucono żadnej oferty.

6. Do realizacji zadania wybrano Stowarzyszenie Druga Runda, które zaoferowało korzystniejszą cenę.

Wrocław, 26.07.2023 r.

p.o. Zastępcy Kierownika  
Centrum Zdrowia Psychicznego  
Paulina Pawlak

(podpis pracownika merytorycznego)

Dyrektor  
Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ

dr Wojciech Skiba

Zatwierdzam.....  
(Data i podpis Dyrektora W CZ SP ZOZ)