

OZ-I.8044.9.2023 Kielce, dnia 05.04.2023 r.

**INFORMACJA**

**O WYBORZE NAJKORZYSTNIEJSZYCH OFERT**

Województwo Świętokrzyskie – Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach przekazuje następujące informacje:

W prowadzonym postępowaniu na nabór uprawnionych lekarza/y i psychologa/ów do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami, wpłynęły 4 oferty:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr oferty** | **Nazwa i adres oferenta** | **Kategoria oferty** | **Stawka godzinowa brutto** | **Kwota za wykonanie jednej kontroli** | **Łączna ilość przyznanych punktów**  |
| 1. | Wioleta Dąbrowska-Koniuszul. Wiosenna 1a/8625-534 Kielce | lekarz | 180,00 zł | 1080,00 zł | 100 |
| 2. | Dariusz Mikaul. Zagnańska 50/3 25-528 Kielce | lekarz | 180,00 zł | 1080,00 zł | 100 |
| 3. | Aneta GajSkroniów 3328-300 Jędrzejów | psycholog | 150,00 zł | 900,00 zł | 100 |
| 4. | Edyta Głazowska – Skrzyniarzul. Nowy Świat 18A/61 25-522 Kielce | psycholog | 150,00 zł | 900,00 zł | 100 |

**Wybrane oferty w zakresie naboru uprawnionego psychologa**: Pani Aneta Gaj Skroniów 33, 28-300 Jędrzejów i Pani Edyta Głazowska – Skrzyniarz ul. Nowy Świat 18A/6, 25-522 Kielce. Oferowana kwota za wykonanie jednej kontroli brutto – 900,00zł.

**Wybrane oferty w zakresie naboru uprawnionego lekarza** – Pani Wioleta Dąbrowska-Koniusz ul. Wiosenna 1a/86, 25-534 Kielce i Pan Dariusz Mika ul. Zagnańska 50/3, 25-528 Kielce. Oferowana kwota za wykonanie jednej kontroli brutto – 1080,00zł.

**Uzasadnienie wyboru:** oferty nie podlegały odrzuceniu i otrzymały największą ilość punktów tj.100 w oparciu o kryteria wyboru ofert: cena brutto – waga 95 pkt oraz wynik rozmowy kwalifikacyjnej - waga 5 pkt.

Mając powyższe na uwadze z wybranymi wykonawcami zostaną zawarte umowy zlecenia, których przedmiotem będzie wykonywanie w 2023r. kontroli z upoważnienia Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami (t.j.Dz.U.2023.622).

……………………………………

 */ data i podpis osoby sporządzającej*

………………………………………………………………………

 /*data i podpis Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia/*