**WNIOSEK**

1. **Nazwa wnioskującej komórki organizacyjnej**

**Poradnia Chirurgii Stomatologicznej**

1. **Przedmiot zamówienia** – ~~usługi~~ / dostawy / ~~roboty budowlane~~

**Dostawa jednego mobilnego unitu stomatologicznego**

(numer postępowania ZP.26.2.129.2024)

(opis)

Osoba dokonująca opisu przedmiotu zamówienia (przedstawiciel użytkownika) Michał Łobacz

1. **Wartość szacunkowa zamówienia**:
   * 92 000,00 zł netto
   * 19 839,99 Euro Euro = 4,6371 zł

Podstawa ustalenia wartości szacunkowej zamówienia: analiza cen rynkowych

Osoba dokonująca szacunku wartości zamówienia (przedstawiciel użytkownika) Michał Łobacz

Zamówienie udzielane jest w trybie art. 30 ust. 4 ustawy Pzp - stanowi ono mniej niż 20% łącznej wartości grupy towarowej i nie przekracza 80 000 euro.

1. **Kryterium wyboru oferty:** cena, inne: n/d
2. **Proponowany termin realizacji zamówienia**: dostawa jednorazowa
3. **Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia**): 99 360 zł brutto

Zakup unitu ujęty w Planie inwestycyjnym wg stanu na dzień 23-09-2024r – a w związku z informacją (z dnia 28-10-2024 r.) przekazaną przez Ministerstwo Zdrowia o braku zakwalifikowania tego zakupu do podziału środków budżetowych w zakresie zakupów inwestycyjnych na 2024 r. – zakup zostanie sfinansowany ze środków własnych (zgodnie z informacją w Planie inwestycyjnym).

………………..…………..………… ………………..…………..…………

(*pracownik merytoryczny) (podpis Głównego Księgowego, data)*

1. **Propozycja przeprowadzenia procedury przez:**
   * 1. Komisję
     2. Pracownika ds. zamówień publicznych – Renata Wadowska
     3. Innego pracownika – Michał Łobacz
2. **Proponowane osoby do składu komisji** *(jeśli dotyczy): NIE DOTYCZY*
   * 1. Przewodniczący –
     2. Członek – …
     3. Członek – …
     4. Sekretarz – …

..................................................................................

*(data i podpis pracownika ds. zamówień publicznych)*

1. **Powołuję Komisję w składzie: *NIE DOTYCZY***
   * 1. Przewodniczący – …
     2. Członek – ….
     3. Członek – …..
     4. Sekretarz – ….

**Zatwierdzam wniosek**

..........................................................................

*(data i podpis Dyrektora)*