

Urząd Zamówień Publicznych
 Al. Szucha 2/4, 00-582 Warszawa
 Faks: (022) 45 87 700
 Przesyłanie ogłoszeń on-line: <http://www.uzp.gov.pl>

OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA

Roboty budowlane	<input type="checkbox"/>		
		publikacja	<input checked="" type="checkbox"/>
obowiązkowa			
Dostawy	<input type="checkbox"/>		
		publikacja	<input type="checkbox"/>
nieobowiązkowa			
Usługi	<input checked="" type="checkbox"/>		

SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY

I.1) NAZWA, ADRESY I OSOBY UPOWAŻNIONE DO KONTAKTÓW

Nazwa: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej		
Adres pocztowy: ul. 17 lipca 27		
Miejscowość: Czeladź	Kod pocztowy: 41-250	Województwo: śląskie
Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: Elżbieta Janosik	Tel.: 032 265-14-42	
E-mail: mopszczeladz@neostrada.pl	Fax.: 032 265-68-11	
Adresy internetowe (jeżeli dotyczy) Ogólny adres zamawiającego (URL): www.czeladz.pl Adres profilu nabywcy (URL):		

I.2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI

<input type="checkbox"/> Administracja rządowa centralna <input type="checkbox"/> Administracja rządowa terenowa <input checked="" type="checkbox"/> Administracja samorządowa <input type="checkbox"/> Podmiot prawa publicznego <input type="checkbox"/> Organ kontroli państwowej lub ochrony prawa, sąd lub trybunał <input type="checkbox"/> Państwowa szkoła wyższa <input type="checkbox"/> Instytucja ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego <input type="checkbox"/> Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Inny (proszę określić): _____	<input type="checkbox"/> Ogólne usługi publiczne <input type="checkbox"/> Obrona <input type="checkbox"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne <input type="checkbox"/> Środowisko <input type="checkbox"/> Sprawy gospodarcze i finansowe <input type="checkbox"/> Zdrowie <input type="checkbox"/> Budownictwo i obiekty komunalne <input checked="" type="checkbox"/> Ochrona socjalna <input type="checkbox"/> Rekreacja, kultura i religia <input type="checkbox"/> Edukacja <input type="checkbox"/> Inne (proszę określić): _____
--	---

Zamawiający dokonuje zamówienia w imieniu innych zamawiających

tak nie

CZY ZAMÓWIENIE BYŁO PRZEDMIOTEM OGŁOSZENIA W BIULETYNIE ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH?TAK NIE Numer ogłoszenia w spisie BZP: Nr poz. z / / (dd/mm/rrrr)

WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA (bez VAT)

86654,67 EUR

SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**II.1) OPIS**

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego Żywnienie podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czeladzi w okresie od 02.04.2007r do 31.12.2007r		
II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz miejsce wykonania robót budowlanych, realizacji dostaw lub świadczenia usług (Wybrać wyłącznie jedną kategorię- roboty budowlane, dostawy lub usługi)		
(a) Roboty budowlane <input type="checkbox"/>	(b) Dostawy <input type="checkbox"/>	(c) Usługi <input checked="" type="checkbox"/>
Wykonanie <input type="checkbox"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="checkbox"/> Realizacja obiektu budowlanego za pomocą dowolnych środków, zgodnie z wymaganiami określonymi przez zamawiającego <input type="checkbox"/>	Kupno <input type="checkbox"/> Dzierżawa <input type="checkbox"/> Najem <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	Kategoria usług nr <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych _____ _____	Główne miejsce realizacji dostawy _____ _____	Główne miejsce świadczenia usług Siedziba MOPS w Czeladzi ul. 17 lipca 27, 41-250 Czeladź
II.1.3) Ogłoszenie dotyczy Zamówienia publicznego <input checked="" type="checkbox"/> Zawarcie umowy ramowej <input type="checkbox"/> Zamówień objętych dynamicznym systemem zakupów <input type="checkbox"/>		
II.1.4) Określenie przedmiotu zamówienia Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na przygotowaniu, dostarczaniu i podawaniu dwóch posiłków dziennie tj. gorącego posiłku i podwieczorku dla osób korzystających z pomocy społecznej w MOPS – Czeladź w okresie od 02.04.2007r do 31.12.2007r.		

II.1. 5) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)		
	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	55 . 32 . 10 . 00 - 6	□□□□ - □ □□□□□ - □
Dodatkowe przedmioty	55 . 52 . 00 . 00 - 1	□□□□ - □ □□□□□ - □
	55 . 32 . 00 . 00 - 9	□□□□ - □ □□□□□ - □
	□□ . □□ . □□ . □□ - □	□□□□ - □ □□□□□ - □
	□□ . □□ . □□ . □□ - □	□□□□ - □ □□□□□ - □

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

Rodzaj procedury		
Przetarg nieograniczony <input checked="" type="checkbox"/>		Negocjacje bez ogłoszenia <input type="checkbox"/>
Przetarg ograniczony <input type="checkbox"/>		Zamówienie z wolnej ręki <input type="checkbox"/>
Negocjacje z ogłoszeniem <input type="checkbox"/>		Zapytanie o cenę <input type="checkbox"/>
Dialog konkurencyjny <input type="checkbox"/>		Licytacja elektroniczna <input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ NR (jeżeli dotyczy): NAZWA (jeżeli dotyczy): _____**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> / <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> / <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> (dd/mm/rrrr)		
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> V.2) LICZBA OTRZYMANÝCH OFERT:		
V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA		
Nazwa: Przedsiębiorstwo Handlowo Usługowe „POSTĘP” Sp. z o.o.		
Adres pocztowy: ul. Piłsudskiego 41		
Miejscowość: Sosnowiec	Kod pocztowy: 41-200	Kraj/województwo: śląskie
E-mail: postep@zywieniepostep.pl	Tel.: 032 360-52-87	
Adres internetowy (URL): www.zywieniepostep.pl	Fax: 032 360-52-87	
V.4) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY ORAZ O NIEPODLEGAJĄCYCH ODRZUCENIU OFERTACH Z NAJTAŃSZĄ I NAJDROŻSZĄ CENĄ (bez VAT)		
Cena wybranej oferty 267336,00		
Oferta z najniższą ceną 267336,00 / Oferta z najwyższą ceną 267336,00		
Waluta: PLN		

-----*(Wykorzystać powyższą sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne)*-----**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

VI.1) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ
tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/>
Jeżeli tak, wskazać projekt/program:

VI.2) INFORMACJE DODATKOWE (jeżeli dotyczy)

VI.3) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> / <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> / <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> (dd/mm/rrrr)

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Czeladzi
mgr Teresa Banaś