

Białystok, dnia 03.12.2018 r.

**Samodzielny Publiczny ZOZ
Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej – Curie 26
15-950 Białystok**

Dotyczy: postępowania przetargowego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę wyposażenia i aparatury medycznej, oznaczenie postępowania: **DA.ZP.242.93.2018.**

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT

Zamawiający działając na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2018 r. poz. 1986) przekazuje poniżej informacje z otwarcia ofert.

Otwarcie ofert odbyło się w dniu 03.12.2018 r. o godz. 11:10.

Przed otwarciem ofert Zamawiający podał kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, w poszczególnych pakietach:

Nr Pakietu, Kwota (PLN):

Pakiet 1 – 120 000,00

Pakiet 2 – 50 000,00

Pakiet 3 – 2 000,00

Pakiet 4 – 12 000,00

Pakiet 5 – 5 000,00

Pakiet 6 – 12 000,00

Pakiet 7 – 5 000,00

Pakiet 8 – 1 000,00

Pakiet 9 – 4 000,00

Pakiet 10 – 40 000,00

Pakiet 11 – 15 000,00

Do wyznaczonego terminu ofertę złożyli następujący Wykonawcy:

PAKIET NR 1 – Do Pakietu nr 1 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
5	Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 134 02-305 Warszawa	90 072,00 zł	19.12.2018r.	48 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

PAKIET NR 2 – Do Pakietu nr 2 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy Adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
5	Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 134 02-305 Warszawa	31 320,00 zł	19.12.2018r.	48 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

PAKIET NR 3 – Do Pakietu nr 3 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
BRAK OFERT					

PAKIET NR 4 – Do Pakietu nr 4 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
BRAK OFERT					

PAKIET NR 5 – Do Pakietu nr 5 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
2	Naturfarm Piotr Wojciechowski Dąbrówka, ul. Jaśminowa 12 62-070 Dopiewo	5 508,00 zł	19.12.2018r.	48 miesięcy	Zgodnie z SIWZ
4	PROMED Spółka Akcyjna ul. Działkowa 56 02-234 Warszawa	7 446,60 zł	19.12.2018r.	48 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

PAKIET NR 6 – Do Pakietu nr 6 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa wykonawcy	Adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
BRAK OFERT						

PAKIET NR 7 – Do Pakietu nr 7 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
4	PROMED Spółka Akcyjna ul. Działkowa 56 02-234 Warszawa	4 266,00 zł	19.12.2018r.	24 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

PAKIET NR 8 – Do Pakietu nr 8 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
1	WALMED Sp. z o. o. ul. Ptaków Leśnych 73 05-500 Jastrzębie k/Warszawy	3 564,00 zł	19.12.2018r.	36 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

PAKIET NR 9 – Do Pakietu nr 9 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
3	Biameditek Sp. z o.o. ul. Elewatorska 58 15-620 Białystok	3 240,00 zł	19.12.2018r.	24 miesiące	Zgodnie z SIWZ

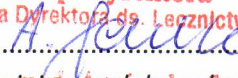
PAKIET NR 10 – Do Pakietu nr 10 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
BRAK OFERT					

PAKIET NR 11 – Do Pakietu nr 11 ofertę złożyli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena ofertowa brutto	Termin wykonania zamówienia publicznego	Okres gwarancji	Warunki płatności
4	PROMED Spółka Akcyjna ul. Działkowa 56 02-234 Warszawa	15 768,00 zł	19.12.2018r.	24 miesięcy	Zgodnie z SIWZ

Z up. Dyrektora
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa



.....
(podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)