

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
13-200 Dziadowo, ul. Lesna 1
ZAMÓWIENIA PUBLICZNE
Republika
Pieczęć zamawiającego

Zbiornicze zestawienie ofert

Numer oferty	Firma i adres Wykonawcy, który złożył ofertę w terminie	Cena netto	Cena brutto	Termin wykonania zamówienia – określony w SIWZ dla wszystkich wykonawców	Okres gwarancji	Warunki płatności – określone w SIWZ dla wszystkich wykonawców	Termin dostawy – określony w SIWZ dla wszystkich wykonawców
1.	Paramedica Polska Sp. z o.o. Sp. k. ul: Łotwy 11 02-815 Warszawa	Zed. 7: 28.510,50 zł	30.781,34 zł		24 m-c		
2.	Biameditek Sp. z o.o. ul: Elektorowska 58 15-600 Białystok	Zed. 4: 15.924,96 zł	17.198,96 zł		24 m-c		
3.	KREDO 2. Kłodzkie ul: Popiełuski 10/21 10-685 Oszele	Zed. 5: 6.342,59 zł	6.850,00 zł		25 m-cy		
4.	AKME Sp. z o.o. Sp. k. ul: Polowca 83B 02-826 Warszawa	Zed. 2: 6.100,00 zł	6.588,00 zł		25 m-cy		

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia:

Zed. 1 - 61.000,-
Zed. 2 - 6.700,-
Zed. 3 - 18.800,-
Zed. 4 - 13.000,-
Zed. 5 - 6.000,-
Zed. 6 - 62.000,-
Zed. 7 - 30.500,-

ST. SP. SPECJALISTA
ul. Zamkowa 10
02-777 Warszawa
Bojarski
.....
(podpis osoby sporządzającej zestawienie)

24.11.2017r.
.....
(data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
13-200 Dziadowo, ul. Lesna 1
ZAMOWIENIA PUBLICZNE
Tel./fax 023 697 26 53
Regon 000319177 NIP 5714458598
Pieczeń zamawiającego

Zbiorcze zestawienie ofert

Numer oferty	Firma i adres Wykonawcy, który złożył ofertę w terminie	Cena netto	Cena brutto	Termin wykonania – określony w SIWZ dla wszystkich wykonawców	Okres gwarancji	Warunki płatności – określone w SIWZ dla wszystkich wykonawców	Termin dostawy – określony w SIWZ dla wszystkich wykonawców
5.	Physio-Control Poland Solski Sp. z o.o. Plac Leleków 2 02-624 Warszawa	Zed. 1: 56.944,00 zł	61.498,52 zł		24 m-c		
		Zed. 6: 55.505,00 zł	59.997,15 zł		24 m-c		
6.	Prestige-Med ul. Sgobiona 18 A 86-100 Świecie	Zed. 7: 17.600,00 zł	19.008,00 zł		24 m-c		

ST. SPECJALISTA

Us. Zamówień Publicznych
SPZOZ

.....
(podpis osoby sporządzającej zestawienie)

.....
24.11.2017r.

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