# Konin, 30.12.2019r.

# WSZ-EP-44/2019

**Informacja z otwarcia ofert**

**Dotyczy przetargu nieograniczonego powyżej 221 000 euro na dostawę dializatorów, wyrobów medycznych dla potrzeb Stacji Dializ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie (nr sprawy: WSZ-EP-44/2019).**

Zamawiający na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29.01.2004 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1843), przekazuje informacje z otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu:

I. Kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia wynosi

**1 185 690,96 zł brutto** w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Wartość brutto** |
| 1 | 307 445,76 zł |
| 2 | 15 228,00 zł |
| 3 | 245 851,20 zł |
| 4 | 375 840,00 zł |
| 5 | 120 960,00 zł |
| 6 | 648,00 zł |
| 7 | 45 684,00 zł |
| 8 | 65 340,00 zł |
| 9 | 918,00 zł |
| 10 | 7 776,00 zł |

II. Do dnia 23.12.2019r. do godz. 10:00 wpłynęło 6 ofert od następujących Wykonawców:

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 4. | FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA SAul. Krzywa 1360-118 Poznań | 278 726,40 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 5 dni robocze | 5 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 3. | Nipro Medical Poland Sp. z o.o.ul. Pańska 7300-834 Warszawa | 15 260,40 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 4. | FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA SAul. Krzywa 1360-118 Poznań | 270 927,50 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 5 dni robocze | 5 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 3. | Nipro Medical Poland Sp. z o.o.ul. Pańska 7300-834 Warszawa | 351 345,60 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 4. | FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA SAul. Krzywa 1360-118 Poznań | 118 800,00 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 5 dni robocze | 5 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 6 – brak ofert**

**Pakiet nr 7**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 1. | Medtronic Poland Sp. z o.o.ul. Polna 1100-633 Warszawa | 44 064,00 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |
| 2. | Teleflex Polska Sp. z o.o.ul. Żwirki i Wigury 16A02-092 Warszawa | 34 776,00 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 8**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 5. | Optimed Pro-Office A.P. Szewczyk Spółka Jawnaul. Forteczna 532-086 Węgrzce | 64 999,80 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 9**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 6. | Biochem Polska Sp. z o.o.ul. Nowa 23 Stara Iwiczna05-500 Piaseczno | 858,60 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

**Pakiet nr 10**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena | Termin wykonania | Termin dostawy | Termin reklamacji | Warunki płatności |
| 1. | Medtronic Poland Sp. z o.o.ul. Polna 1100-633 Warszawa | 7 344,00 zł brutto | 12 miesięcy od dnia 29.02.2020r. lub od dnia zawarcia umowy, jeżeli nastąpi to po tej dacie | 3 dni robocze | 3 dni robocze | Płatność nastąpi każdorazowo po zrealizowanej dostawie przelewem w terminie60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury |

Sporządziła: R. Janik