

Podhalański Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II w Nowym Targu
34-400 Nowy Targ, ul. Szpitalna 14
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
tel. 018 263 30 01, fax 018 263 39 50
NIP 735-21-78-657, REGON 000308324
KRS 0000002479

Pieczęć zamawiającego

Zbiornicze zestawienie ofert/ofert wstępnych*

Kwota jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia - art. 86 ust. 3 ustawy Prawo zamówień Publicznych:

Pakiet 1: 55.121,00zł
Pakiet 2: 19.958,00zł
Pakiet 3: 344.494,00zł
Pakiet 4: 192.872,00zł
Pakiet 5: 48.916,00zł
Pakiet 6: 18.684,00zł
Pakiet 7: 5.557,00zł
Pakiet 8: 1.636,00zł
Pakiet 9: 15.913,00zł
Pakiet 10- 7.271,00zł
Pakiet 11- 2.386,00zł

- 1) Termin wykonania zamówienia, Termin płatności: informacje zawarte w treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2) Kryteria wyboru oferty:

Pakiet 1-4,6,7

a) Cena – 100%

Pakiet 5,8-10

a) Cena- 60%

b) Termin dostawy poszczególnych partii towaru-40%

Numer oferty	Nazwa (firma) i adres Wykonawcy	Numer pakietu/ Cena	Termin dostawy poszczególnych partii towaru (dotyczy pakietów 5,8-10)	Termin złożenia oferty
1	Delfarma Sp. z o.o. ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 111 91-222 Łódź	6/ 14.688,00zł	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	14.01.2019r

Podhalanski Szpital Specjalistyczny
 im. Jans Pawla II w Nowym Targu
 34-400 Nowy Targ, ul. Szpitalna 14
 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 tel. 018 263 30 01, fax 018 263 39 50
 NIP 735-21-78-657 REGON 000308324
 Pieczęć ZARZĄDZAJĄCYCH

2	Baxter Polska Sp. z o.o.- ul. Kruczkowskiego 8 00-380 Warszawa	4/ 186.738,01zł 9/ 15.012,00zł 10/ 7.776,00zł	Pakiet 9, 10 – 1 dzień	14.01.2019r
3	Salus International Sp. z o.o.- ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1/ 16.783,20zł 5/ 54.251.11zł	Pakiet 5- 1 dzień rob	11.01.2019r
4	Aesculap Chifa Sp. z o.o.- ul. Tysiąclecia 14 64-300 Nowy Tomyśl	3/ 388.940,40zł 5/ 60.757,20zł 7/ 5.508,00zł 8/ 1.658,88zł	Pakiety 3,5,7,8- 1 dzień rob	11.01.2019r
5	Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o.- al. Jerozolimskie 134 02-305 Warszawa	1/ 61.513,56zł 2/ 30.240,00zł 3/ 368.904,24zł 5/ 48.900,60zł 6/ 18.489,60zł 9/ 17.344,80zł 10/ 8.359,20zł	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	09.01.2019r

.....
 (podpis osoby sporządzającej protokół)

15.01.2019 r.
 (data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)

DYREKTOR
 Podhalanski Szpital Specjalistyczny
 im. Jans Pawla II w Nowym Targu