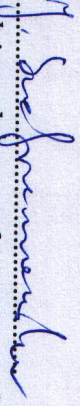


Znak sprawy: 05/ZP/2016

Zbiornicze zestawienie ofert


Numer oferty/ zadania	Nazwa (firma) i adres wykonawcy.	Wartość (brutto).	Długość okresu gwarancji.	Termin wykonania.	Warunki płatności.
1/2	Physio-Control Poland Sales Sp. z o.o., Plac Lelewela 2, 01-624 Warszawa	60 480,00 zł	36 miesiące	21 dni	Po wykonaniu zamówienia w ciągu 30 dni od daty przedłożenia faktury.
2/1	Z.U.H. PROLAB Tadeusz Borowski, ul. Rzymowskiego 43/3, 15-349 Białystok	17 820,00 zł	36 miesiące	14 dni	Po wykonaniu zamówienia w ciągu 30 dni od daty przedłożenia faktury.

  
.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
w Sejnach  
**16- Pięć z zamawiającego 2**  
tel. 87 517 23 14, fax 87 517 23 35  
NIP 844-17-84-785 REGON 790317240

20.07.2016 r

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

**D Y R E K T O R**  
**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO**  
**ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ w SEJNACH**  
  
**Waldemar Kwaterski**