oznaczenie sprawy 09/ZP/2015

Pieczęć zamawiającego

**Zbiorcze zestawienie ofert/ofert wstępnych\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty  | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena (zł brutto) | Termin realizacji od złożenia zamówienia w dniach | Warunki płatności |
| 1 | AESCULAP CHIFA Sp. z o.o., ul. Tysiąclecia 14, 64-300 Nowy Tomyśl | Pakiet nr 8 – 1.842,52Pakiet nr 9 – 26.168,49Pakiet nr 10 – 8.087,95Pakiet nr 11 – 13.318,56Pakiet nr 12 – 43.309,73Pakiet nr 13 – 25.943,85Pakiet nr 14 – 3.922,56Pakiet nr 17 – 3.404,16Pakiet nr 18 – 41.862,37 | 3 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 2 | FRASENIUS MEDICAL CARE POLSKA SA, ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań | Pakiet nr 5 – 54.686,40 | 5 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 3 | COLOR TRADING Sp. z o.o., ul. Żołny 40, 02-815 Warszawa | Pakiet nr 4 – 34.084,80 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 4 | Polhernia Beata Galos, ul. Jagiellońska 28c/7, 80-366 Gdańsk | Pakiet nr 1 – 39.987,00 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 5 | Promedica Toruń Sp. z o.o., ul. Grudziądzka 159A, 87-100 Toruń | Pakiet nr 2 – 29.289,60 | 1 dzień | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 6 | COVIMED Sp. z o.o., ul. Przelot 10, 04-622 Warszawa | Pakiet nr 2 – 16.729,48  | 3 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 7 | MÖLNYCKE HEALTH CARE POLSKA sp. z o.o., ul. Zwycięstwa 17a, 15-703 Białystok | Pakiet nr 7 – 8.958,60 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 8 | INTER CONSULT Sp. J. M.D. Sitek, ul. Księdza Brzóski 94/18, 91-347 Łódź | Pakiet nr 15 – 40.500,00 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 9 | ZARYS International Group Sp. z o.o. Sp. k., ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze | Pakiet nr 7 – 5.560,20 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 10 | ‘’ARNO-MED” Sp. z o.o., ul. Kolejowa 24, 55-081 Mietków | Pakiet nr 2 – 13.696,34 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |
| 11 | Z.U.H. PROLAB Tadeusz Borowski, ul. Rzymowskiego 43/3, 15-349 Białystok | Pakiet nr 19 – 7.046,70 | 2 dni | 30 dni od przedłożenia faktury |

Jolanta Szafranowska

..................................................... Dyrektor SP ZOZ w Sejnach

*(podpis osoby sporządzającej protokół)* 27.08.2015 r. Waldemar Kwaterski

.........................................................................

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