Pieczęć zamawiającego

oznaczenie sprawy P/50/11/2016/ABL Starachowice 29.11.2016 r.

Dostawa leczniczych środków technicznych sprzęt do ablacji dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach

**Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w wyznaczonym terminie**

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena  netto zł/. brutto zł | Termin realizacji zamówienia |
| 2. | Boston Scentific Polska sp. z o.o. Al. Jana Pawła II 80, 00-175 Warszawa | 294 950,00 zł / 318 546,00 zł | 3 dni |

Zamawiający informuje że kwota, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, w zakresie Pakietu nr 1, wynosi brutto: 318 060,00 zł

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena  netto zł/. brutto zł | Termin realizacji zamówienia |
| 1. | Medtronic Poland sp. z o.o. Ul. Polna 11, 00-633 Warszawa | 126 900,00 zł / 137 052,00 zł | 4 dni |

Zamawiający informuje że kwota, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, w zakresie Pakietu nr 2, wynosi brutto: 138 672,00 zł

Pakiet nr 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer oferty | Nazwa (firma) i adres wykonawcy | Cena  netto zł/. brutto zł | Termin realizacji zamówienia |
| 3. | St Jude Medical sp. z o.o. Ul. Broniewskiego 3, 01-785 Warszawa | 44 000,00 zł / 47 520,00 zł | 3 dni |

Zamawiający informuje że kwota, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, w zakresie Pakietu nr 3, wynosi brutto: 47 520,00 zł

Zgodnie z art. 24 ust. 11 Pzp wykonawca, **w terminie 3 dni** od zamieszczenia na stronie internetowej powyższych informacji, przekazuje zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp.

Wzór oświadczenia o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp stanowi Załącznik nr 6 do SIWZ.

Sprawę prowadzi: …………………………………………..………..

Włodzimierz Żyła Dyrektor PZOZ w Starachowicach

Nr tel 41 273 91 82

Adres email: [w.zyla@szpital.starachowice.pl](mailto:w.zyla@szpital.starachowice.pl)