

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PEKAO S.A. 57 1240 6292 1111 0010 7358 3739



Szpital
bez bólu



ISO 9001

ZETOM-CERT

Nasz znak:
EP/220/8/2019/2

Data:
08.02.2019r.

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT

dotyczy: przetargu nieograniczonego znak: EP/220/8/2019 pn.: Dostawa sprzętu ortopedycznego dla SPWSZ w Szczecinie

Działając na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t. j.: Dz. U. z 2018r., poz. 1986), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, jako Zamawiający, umieszcza na stronie internetowej informacje dotyczące:

Zadanie nr 1

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia: 170 640,00zł (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu uzupełnienia depozytu wyrobów medycznych, po każdym pobraniu elementów do wszczęcia, termin rozpatrzenia reklamacji dot. wad jakościowych i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	MMŚ*	Cena oferty	Termin uzupełnienia depozytu wyrobów medycznych, po każdym pobraniu elementów do wszczęcia	Termin rozpatrzenia reklamacji dot. wad jakościowych
2	Johnson&Johnson Poland Sp. z o.o. ul. Iłżycka 24 02-135 Warszawa	NIE	158 000,00 zł netto 170 640,00 zł brutto	24 godziny	7 dni

* wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

Termin wykonania zamówienia (zgodnie z rozdziałem IV specyfikacji istotnych warunków zamówienia): od daty podpisania umowy przez okres 4 miesięcy, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania maksymalnej kwoty zobowiązania.

Termin płatności zgodnie z projektem umowy (Załącznik nr 4 do SIWZ).

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

Zadanie nr 2

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia: 188 438,40 zł (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu uzupełnienia depozytu wyrobów medycznych, po każdym pobraniu elementów do wszczęcia, termin rozpatrzenia reklamacji dot. wad jakościowych i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	MMS*	Cena oferty	Termin uzupełnienia depozytu wyrobów medycznych, po każdym pobraniu elementów do wszczęcia	Termin rozpatrzenia reklamacji dot. wad jakościowych
1	Zimmer Biomet Polska Sp. z o.o. ul. Płowiecka 75 04-501 Warszawa	TAK	174 380,00 zł netto 188 330,40 zł brutto	24 godziny	7 dni

* wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

Termin wykonania zamówienia (zgodnie z rozdziałem IV specyfikacji istotnych warunków zamówienia): od daty podpisania umowy przez okres 4 miesięcy, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania maksymalnej kwoty zobowiązania.

Termin płatności zgodnie z projektem umowy (Załącznik nr 4 do SIWZ).

Jednocześnie przypominamy, iż Wykonawca zgodnie z art. 24 ust. 11 ustawy PZP, w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej przedmiotowej informacji, zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP. Wraz ze złożeniem oświadczenia, że Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

