oznaczenie sprawy ZPU/1[illegible]/19

DRUK ZP-12

SAMODZIELNY PUBLICZNY
Zakład Opieki Zdrowotnej
64-600 Oborniki, ul. Szpitalna 2
NIP 787-18-08-424 REGON 000306509
tel. 061/29-73-600, fax 061-29-60-079
Pieczęć zamawiającego

Zbiorcze zestawienie ofert/~~ofert wstępnych~~*

Numer oferty	Nazwa (firma) i adres wykonawcy	~~Pakiet nr ....~~	Cena netto	Cena brutto	Termin wykonania zamówienia	Warunki płatności
1	**GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.** ul. Wołoska 9 02-583 Warszawa		95 710,00 zł	117 723,30 zł	12 m-cy	30 dni od dnia dostarczenia faktury
2	**ALTHEA POLSKA SP. Z O.O.** ul. Bielska 49 43-190 Mikołów		119 768,00 zł	129 989,64 zł	12 m-cy	30 dni od dnia dostarczenia faktury

** - niepotrzebne skreślić*

St. inspektor
ds. zamówień publicznych
Magdalena Kossowska
.....
(podpis osoby sporządzającej protokół)

Kierownik Administracyjny
mgr Marta Sak
17.10.2019r.....
(data : podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)