Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Obornikach

64 600 Oborniki ul. Szpitalna 2

tel.: 61/ 29-73-600, fax 61/ 29-60 – 079 e-mail: szpital@szpital.oborniki.info

CERTYFIKAT EN ISO 9001:2015-10

Znak sprawy: ZPD/09/19

Kwota przeznaczona na sfinansowanie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego w dniu 03.10.2019r. o godz. 11:00 **na zakup sprzętu medycznego i endoprotez stawu biodrowego dla SP ZOZ w Obornikach.**

Numer pakietu	Kwota przeznaczona na sfinansowanie zamówienia	
	Wartość netto	Wartość brutto
Pakiet nr 1 Stolik typu MAYO	2 550,00 zł	2 754,00 zł
Pakiet nr 2 Łóżko porodowe	42 592,59 zł	46 000,00 zł
Pakiet nr 3 Lampa zabiegowa ścienna	4 629,63 zł	5 000,00 zł
Pakiet nr 4 Lampa zabiegowa statywowa	4 629,63 zł	5 000,00 zł
Pakiet nr 5 Laparoskop	287 029,75 zł	310 580,12 zł
Pakiet nr 6 Materac zmiennociśnieniowy	2 074,07 zł	2 240,00 zł
Pakiet nr 7 Resektoskop	22 718,71 zł	24 536,21 zł
Pakiet nr 8 Głowica Convex	32 407,41 zł	35 000,00 zł
Pakiet nr 9 Stolik opatrunkowy	2 910,00 zł	3 142,80 zł
Pakiet nr 10 Wózek medyczny	2 680,00 zł	2 894,40 zł
Pakiet nr 11 Stojak z miskami	660,00 zł	712,80 zł
Pakiet nr 12 Podest operacyjny	430,00 zł	528,90 zł
Pakiet nr 13 Stojak do kroplówek	650,00 zł	702,00 zł
Pakiet nr 14 Stelaż do worków foliowych	1 100,00 zł	1 353,00 zł

Pakiet nr 15 Szafa ze stali nierdzewnej	3 400,00 zł	4 182,00 zł
Pakiet nr 16 Taboret do badania pacjentów	1 040,00 zł	1 123,20 zł
Pakiet nr 17 Kozetka lekarska	361,11 zł	390,00 zł
Pakiet nr 18 Endoprotezy	190 000,00 zł	205 200,00 zł
RAZEM	**601 862,90 zł**	**651 339,43 zł**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Obornikach
mgr Małgorzata Ludzkowska

.....

Podpis Zamawiającego

DRUK ZP-12

SAMODZIELNY PUBLICZNY
Zakład Opieki Zdrowotnej
64-600 Oborniki, ul. Szpitalna 2
NIP 787-18-08-424 REGON 000306609
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	**MEDEN - INMED Sp. z o.o.** ul. Wenedów 2 75-847 Koszalin	Pakiet nr 5 Pakiet nr 7	287 500,00 zł 22 100,00 zł	310 500,00 zł 23 868,00 zł	42 dni od dnia podpisania umowy	Pakiet nr 5: I rata 180 000,00 zł płatna w terminie 30 dni od daty dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawione faktury i II rata płatna do 31 sierpnia 2020r; Pakiet nr 7: 30 dni od dnia dostarczenia faktury
2	**KONKRET Sp. z o.o. Sp. k.** ul. Dworcowa 15A 86-200 Chełmno	Pakiet nr 2	43 378,00 zł	46 848,24 zł	28 dni od dnia podpisania umowy	30 dni od dnia dostarczenia faktury
3	**ZIMMER BIOMET POLSKA Sp. z o.o.** ul. Płowiecka 75 04-501 Warszawa	Pakiet nr 18	190 000,00 zł	205 200,00 zł	7 m-cy	45 dni od dnia dostarczenia faktury
4	**KLAROMED Sp. z o.o.** ul. Sobieskiego 123 05-070 Sulejówek	Pakiet nr 3 Pakiet nr 4	7 200,00 zł 6 500,00 zł	7 776,00 zł 7 020,00 zł	10 dni od dnia podpisania umowy	30 dni od dnia dostarczenia faktury

* - *niepotrzebne skreślić*

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

Kierownik Administracyjny
mgr Maria Sak
03.10.2019r.....
(data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)

DRUK ZP-12

SAMODZIELNY PUBLICZNY
Zakład Opieki Zdrowotnej
64-600 Oborniki, ul. Szpitalna 2
NIP 787-18-08-424 REGON 000306609
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
5	**ALVO** ul. Południowa 21A 64-030 Śmigiel	Pakiet nr 1 Pakiet nr 9 Pakiet nr 10 Pakiet nr 11 Pakiet nr 12 Pakiet nr 13 Pakiet nr 14 Pakiet nr 15 Pakiet nr 16	2 287,00 zł 2 772,00 zł 2 396,00 zł 674,00 zł 436,00 zł 667,00 zł 1 061,00 zł 3 385,00 zł 1 003,00 zł	2 469,96 zł 2 993,76 zł 2 587,68 zł 727,00 zł 536,28 zł 720,36 zł 1 305,03 zł 4 163,55 zł 1 083,24 zł	27 dni od dnia podpisania umowy	30 dni od dnia dostarczenia faktury

* - *niepotrzebne skreślić*

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

Kierownik Administracyjny
mgr Maria Sala
03.10.2019r.....
(data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej)