

## Dział Zamówień Publicznych

tel: +48 62 765 14 51, Kierownik Działu +48 62 765 13 97

Kalisz, dnia 28 marca 2019 roku

### Wykonawcy biorący udział w postępowaniu

### INFORMACJA

dot. postępowania na sukcesywne dostawy zestawów jednorazowych do dializ otrzewnowych typu ADO i CADO

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu uprzejmie informuje, że w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na sukcesywne dostawy zestawów jednorazowych do dializ otrzewnowych typu ADO i CADO w poszczególnych zadaniach wybrano oferty firm:

Zadanie nr 1 –	Fresenius Medical Care Polska S.A. ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań z ceną oferty <b>478 372,28 PLN</b>
Zadanie nr 2 –	Baxter Polska Sp. z o.o., ul. Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa z ceną oferty <b>282 422,73 PLN</b>

#### Streszczenie oceny i porównanie złożonych ofert

Numer zadania	Nazwa oraz adres siedziby	Liczba pkt w kryterium: Cena brutto	Liczba pkt w kryterium: Termin płatności	Razem
1	Fresenius Medical Care Polska S.A. ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań	60,00	40,00	100,00
2	Baxter Polska Sp. z o.o. ul. Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa	60,00	40,00	100,00

Z poważaniem:

KIEROWNIK  
Działu Zamówień Publicznych  
mgr Mariusz Pawlaczek

Wojewódzki Szpital Zespolony  
im. Ludwika Perzyny w Kaliszu  
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz  
DZIAŁ ZAMÓWIEN PUBLICZNYCH  
Tel. 62 765 13 97, Fax 62 757 13 23

### Zbiornicze zestawienie ofert

Informacja zgodna z art. 86 ust. 5 ustawy Pzp

sukcesywne dostawy zestawów jednorazowych do dializ otrzewnowych typu ADO i CADO  
(CPV: wyroby do terapii nerkowej - 33181500-7)

Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Kryteria	Zadanie nr 1	Zadanie nr 2
	<b>Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia</b>		<b>482 867,58 zł</b>	<b>277 103,16 zł</b>
1	Fresenius Medical Care Polska S.A. ul. Krzywa 13 60-118 Poznań	Cena	<b>478 372,28 zł</b>	.....
		Termin płatności	<b>60 dni</b>	.....
2	Baxter Polska Sp. z o.o. ul. Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa	Cena	.....	<b>282 422,73 zł</b>
		Termin płatności	.....	<b>60 dni</b>

.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

**KIEROWNIK**  
Działu Zamówień Publicznych  
2019.03.22 .....  
(data i podpis kierownika zamawiającego  
lub osoby upoważnionej)