

Dział Zamówień Publicznych

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

Kalisz, dnia 01 grudnia 2017 roku

**Wykonawcy biorący udział
w postępowaniu**

INFORMACJA

dot. postępowania na dostawę leków stosowanych w terapii bezinterferonowej WZW typu C – **znak sprawy 68/17**

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu uprzejmie informuje, że w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków stosowanych w terapii bezinterferonowej WZW typu C w poszczególnych zadaniach wybrano oferty firm:

Zadanie nr 1 –	AbbVie Sp. z o.o. ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa z ceną oferty 39 006,46 PLN
Zadanie nr 2 –	Konsorcjum: PGF „Urtica” Sp. z o.o. ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław oraz PGF S.A. ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź z ceną oferty 221 130,00 PLN

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	AbbVie Sp. z o.o. ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa	60,00	40,00	100,00
2	Konsorcjum: PGF „Urtica” Sp. z o.o. ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław oraz PGF S.A. ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź	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 ZAMOWIEŃ PUBLICZNYCH
Tel. 62 765 13 97, fax 62 757 13 23

Informacja zgodna z art. 86 ust. 5 ustawy Pzp

Zbiornicze zestawienie ofert
dostawa leków stosowanych w terapii bezinterferonowej WZW typu C
(CPV: produkty farmaceutyczne – 33600000-6)

Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Kryteria	Zadanie nr 1	Zadanie nr 2
	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia		39 006,46 zł	221 130,00 zł
1	AbbVie Sp. z o.o. ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa	Cena	39 006,46 zł	
		Termin płatności	30 dni	
2	Konsorcjum: PGF „Urtica” Sp. z o.o. ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław oraz PGF S.A., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź	Cena		221 130,00 zł
		Termin płatności		60 dni

.....
(podpis osoby sporządzającej protokół)

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
2017.11.28
(data i podpis kierownika zamawiającego
lub osoby upoważnionej)