

Wojewódzki Szpital Zespolony  
im. Ludwika Perzyny w Kaliszu  
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz  
DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH  
Tel. 62 765 13 97, fax 62 765 13 98

### Zbiorcze zestawienie ofert

Informacja zgodna z art. 86 ust. 5 ustawy Pzp

sukcesywne dostawy akcesoriów do zabiegów endoskopowych

(CPV: przyrządy do endoskopii, endochirurgii – 33168000-5)

| Nr oferty | Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy                                 | Kryteria         | Zadanie nr 1        | Zadanie nr 2         | Zadanie nr 3         | Zadanie nr 4        |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
|           | <b>Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia</b> |                  | <b>93 027,53 zł</b> | <b>233 596,32 zł</b> | <b>179 905,52 zł</b> | <b>23 938,46 zł</b> |
| 1         | Varimed Sp. z o.o.<br>ul. T. Kościuszki 115/4/U 50-442 Wrocław                  | Cena             | .....               | .....                | <b>156 713,40 zł</b> | .....               |
|           |                                                                                 | Termin płatności | .....               | .....                | <b>30 dni</b>        | .....               |
| 2         | MEDITECH X-RAY Sp. z o. o.,<br>ul. Wirowska 6, 62-052 Komorniki                 | Cena             | .....               | .....                | .....                | <b>21 202,02 zł</b> |
|           |                                                                                 | Termin płatności | .....               | .....                | .....                | <b>60 dni</b>       |
| 3         | Boston Scientific Polska Sp. z o.o.<br>Al. Jana Pawła II 22, 00-133 Warszawa    | Cena             | .....               | <b>234 284,40 zł</b> | .....                | .....               |
|           |                                                                                 | Termin płatności | .....               | <b>60 dni</b>        | .....                | .....               |
| 4         | SUN-MED s.c.<br>ul. Franciszkańska 104/112 91-845 Łódź                          | Cena             | .....               | .....                | .....                | <b>31 327,02 zł</b> |
|           |                                                                                 | Termin płatności | .....               | .....                | .....                | <b>60 dni</b>       |

.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

KIEROWNIK  
Działu Zamówień Publicznych  
mgr Mariusz Pawlaczek  
2019.10.11  
(data i podpis kierownika zamawiającego  
lub osoby upoważnionej)