

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT
na dostawę: **rękawic jednorazowego użytku nr sprawy: ZP 4/2020**

w dniu **01-09-2020r. do godz. 10:10** w budynku Przychodni Rejonowej przy ul. K. Wielkiego 4 Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku w pok. nr 231 dokonano otwarcia ofert co przedstawiono w poniższej tabeli:

Nr oferty	Nazwa i adres Wykonawcy	Cena brutto za oferowany część					
		Część nr 1	Część nr 2	Część nr 3	Część nr 4	Część nr 5	Część nr 6
1	ZARYS International Group Sp.zo.o. Sp.K. 41-808 Zabrze, ul. Pod Borem 18	X	3 434,40	X	54 239,76	531 360,00	X
2	SKAMEX Sp.zo.o. Sp.K. 93-121 Łódź, ul. Częstochowska 38/52	43 092,00	2 376,00	6 922,80	53 406,00	X	X
3	POLMIL Sp.zo.o S.K.A 85-758 Bydgoszcz, ul. Przemysłowa 8B	X	X	X	X	528 120,00	X
4	MEDASEPT Sp.zo.o. 61-362 Poznań, ul. Forteczna 19	X	X	X	X	529 200,00	X
5	LOHMANN & RAUSCHER POLSKA Sp.zo.o. 95-200 Pabianice, ul. Moniuszki 14	46 396,80	X	X	X	X	X

Kwoty jakie Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie poszczególnych części: **1 - 45 49 248,00, 2 – 2 332,80 3 – 10 076,40, 4 - 44 454,96, 5 – 421 200,00, 6 – 11 988,00, Wartość całości zamówienia: 538 652,16 PLN brutto.**

Zamawiający przypomina o obowiązku wynikającym z art. 24 ust. 1 uPzp – tj. przekazania przez Wykonawcę w terminie 3 dni (trzech) od zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 uPzp, oświadczenia o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 uPzp. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
Dokumenty te należy złożyć w formie pisemnej w oryginale.

ST. INSPEKTOR
ds. zamówień publicznych
Czesław Orłowski

.....
(Sekretarz Komisji Przetargowej)

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lesku

Stanisław Jasoła
STARSZY INSPEKTOR
.....
(Członek Komisji Przetargowej)

01.09.2020r. godz. 10:10

KIEROWNIK APTEKI
Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Lesku
mgr farmacji Jolanta Jacak
.....
(data i podpis osoby upoważnionej)