

 **Szpital Bielański** kancelaria (22) 569 04 13

 **im. ks. Jerzego Popiełuszki** sekr.dyr. (22) 569 03 53

 Samodzielny Publiczny fax. (22) 834 18 20

 Zakład Opieki Zdrowotnej centrala (22) 569 05 00

 ul. Cegłowska 80 e-mail: dyrektor@bielanski.med.pl

 01-809 Warszawa [www.bielanski.med.pl](http://www.bielanski.med.pl)

TR

**T R A D Y C Y J N I E P R O F E S J O N A L N I - L E C Z Y M Y Z P A S J Ą - O P I E K U J E M Y S I Ę Z T R O S K Ą**

Warszawa, dnia 07.06.2019 r.

**INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII ORAZ ODDZIAŁU NEUROCHIRURGII (ZP - 49/2019)**

 **PAKIET 1 - RESPIRATORY**

 kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia - 216.000,00 zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** **oferty** | **Nazwa, siedziba i adres Wykonawcy** | **Cena oferty** | **Termin wykonania** | **Okres gwarancji** | **Warunki płatności** |
| 4 | MEDTRONIC POLAND Sp. z o.o.00-633 Warszawa, ul. Polna 11 | 183.658,70 | 6 tygodni | 24 m-ce | 60 dni |

 **PAKIET 2 - APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO**

 kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia - 200.000,00 zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** **oferty** | **Nazwa, siedziba i adres Wykonawcy** | **Cena oferty** | **Termin wykonania** | **Okres gwarancji** | **Warunki płatności** |
| 3 | BIAMEDITEK Sp. z o.o.15-620 Białystok, ul. Elewatorska 58 | 136.453,68 | 6 tygodni | 48 m-cy | 60 dni |

 **PAKIET 3 - APARAT USG**

 kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia - 118.800,00 zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** **oferty** | **Nazwa, siedziba i adres Wykonawcy** | **Cena oferty** | **Termin wykonania** | **Okres gwarancji** | **Warunki płatności** |
| 1 | MS MEDICAL Sp. z o.o. Sp. k.41-500 Chorzów, ul. Gałeczki 54 | 109.900,00 | 6 tygodni | 24 m-ce | 60 dni |

 **PAKIET 4 - KARDIOMONITOR**

 kwota jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia - 39.200,00 zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** **oferty** | **Nazwa, siedziba i adres Wykonawcy** | **Cena oferty** | **Termin wykonania** | **Okres gwarancji** | **Warunki płatności** |
| 2 | EMTEL ŚLIWA Sp. z o.o. Sp. k.41-807 Zabrze, ul. Mickiewicza 66 | 39.204,00 | 6 tygodni | 24 m-ce | 60 dni |

Sprawę prowadzi:

Iwona Jasińska

Z-ca Kierownika

Działu Zamówień Publicznych

tel/fax 22 56-90-247