



ISO 9001
ISO 14001
PN-N 18001
ISO 27001

SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY
85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000

NIP: 9532582266 REGON: 340517145

Bydgoszcz, dnia 02.05.2019 r.

INFORMACJA Z PUBLICZNEGO OTWARCIA OFERT

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę odczynników do wykonywania badań z zakresu diagnostyki alergologicznej, celiakii i chorób o podłożu autoimmunologicznym wraz z najmem aparatu – nr sprawy: NZZ/13/D/19.

Zamawiający na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986) przekazuje informację z sesji otwarcia ofert.

Otwarcie ofert złożonych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na *dostawę odczynników do wykonywania badań z zakresu diagnostyki alergologicznej, celiakii i chorób o podłożu autoimmunologicznym wraz z najmem aparatu*, odbyło się 02.05.2019 roku, o godzinie 11.00.

Przed otwarciem ofert, Zamawiający podał kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia:

- grupa 1 – 80 712,00 zł.
- grupa 2 – 87 192,00 zł.
- grupa 3 – 400 759,02 zł.

W terminie wskazanym powyżej ofertę złożył:

Oferta nr 1

1. Firma: Emma MDT Sp. z o.o.
2. Adres: ul. Nałęczowska 14, 20-701 Lublin
3. Cena: grupa 1 – 75 268,80 zł.; grupa 2 – 86 472,21 zł.
4. Termin płatności – płatność przelewem w terminie: grupa 1 – 60 dni; grupa 2 – 60 dni
5. Termin wykonania przedmiotu umowy/zamówienia: grupa 1 – 24 miesiące; grupa 2 – 24 miesiące
6. Termin realizacji dostaw bieżących: grupa 1 – 9 dni; grupa 2 – 9 dni
7. Termin załatwienie reklamacji jakościowej: grupa 1 – 10 dni; grupa 2 – 10 dni
8. Termin/y płatności w zakresie najmu – płatność przelewem: czynsz najmu płatny z dołu, za okresy miesięczne do ostatniego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Oferta nr 2

1. Firma: HVD Holding AG Sp. z o.o.
2. Adres: ul. Muszyńska 29, 02-916 Warszawa
3. Cena: grupa 3 – 400 282,74 zł.
4. Termin płatności – płatność przelewem w terminie: 60 dni
5. Termin wykonania przedmiotu umowy/zamówienia: 24 miesiące
6. Termin realizacji dostaw bieżących: 14 dni roboczych
7. Termin załatwienie reklamacji jakościowej: 10 dni roboczych
8. Termin/y płatności w zakresie najmu – płatność przelewem: czynsz najmu płatny z dołu, za okresy miesięczne do ostatniego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Zamawiający



SZPITAL
AKREDYTOWANY