

**Dostawa wchłanialnej gazy hemostatycznej**


**Zbiorne zestawienie ofert.**

Numer oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Cena Pakiet nr 1	Termin płatności
1	Promedica Toruń Sp. z o.o. ul. Grudziądzka 159A 87-100 Toruń	1 372 917,60 zł	30 dni
2	IMC IMPOMED CENTRUM S.A. ul. Skrzyneckiego 38 04-563 Warszawa	355 039,20 zł	30 dni
3	MEDICUS Sp.z o.o. SKA ul. Browarowa 21 43-100 Tychy	570 369,60 zł	30 dni
4	Neomed Polska Sp. z o.o. Sp. k. Szymanów 9E 05-532 Góra Kalwaria	576 964,51 zł	30 dni

  
.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)



numer strony 1

**DYREKTOR**  
Ds. ekonomiczno-administracyjnych  
18. 10. 2019  
  
mgr Bożena Duda  
.....  
( data i podpis kierownika zamawiającego  
lub osoby upowaznionej)

oznaczenie sprawy 99/EZP/19

Załącznik do protokołu

Śląskie Centrum  
Chorób Serca w Zabrze  
41-800 Zabrze, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9  
(6)  
Pieczęć Zamawiającego

Dostawa wchłanialnej gazy hemostatycznej

Nr pakietu	Kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia
1	422 000,00 zł
Razem	422 000,00 zł



.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

DYREKTOR  
Ds. ekonomiczno-administracyjnych

18. 10. 2019

mgr Bożena Duda

.....  
(data i podpis kierownika zamawiającego  
lub osoby upoważnionej)

