



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Nasz znak: EZP/220/71/2016/3

Data: 10.11.2016r.

INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT

dotyczy: Przetarg nieograniczony, znak EZP/220/71/2016, pn.: Dostawa jednorazowych i wielorazowych wyrobów medycznych do zabiegów endoskopowych dla SPWSZ w Szczecinie

Działając na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2015r., poz. 2164 ze zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie, jako Zamawiający, umieszcza na stronie internetowej informacje dotyczące:

Zadanie nr 1

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 13 702,87 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
2	ANNA-MEDICAL Anna i Robert Martyniuk Spółka cywilna 85-790 Bydgoszcz ul. Wita Stwosza 5	12 687,84 zł netto 13 702,87 zł brutto	4 dni	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 2

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 27 405,73 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
2	ANNA-MEDICAL Anna i Robert Martyniuk Spółka cywilna 85-790 Bydgoszcz ul. Wita Stwosza 5	25 375,68 zł netto 27 405,73 zł brutto	4 dni	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 3

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 16 200,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
-----------	------------------------------------	-------------	----------------	-----------------	-------------------



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	15 750,00 zł netto 17 010,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni
---	---	---	------------------	----------------	--------

Zadanie nr 4

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 44 409,60 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	40 800,00 zł netto 44 064,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 5

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 1 058,40 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
	Nie złożono żadnej oferty				

Zadanie nr 6

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 604,80 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	520,00 zł netto 561,60 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 7

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 1 944,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
-----------	------------------------------------	-------------	----------------	-----------------	-------------------



**Dyrektor
SPWSZ**

(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**

(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**

(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**

(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**

(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	1 560,00 zł netto 1 684,80 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni
---	---	---	------------------	----------------	--------

Zadanie nr 8

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 3 240,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	3 150,00 zł netto 3 402,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 9

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 1 620,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
	Nie złożono żadnej oferty				

Zadanie nr 10

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 33 642,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	31 500,00 zł netto 34 020,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 11

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 19 440,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	18 800,00 zł netto 20 304,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Zadanie nr 12

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 4 860,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	4 550,00 zł netto 4 914,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 13

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 864,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
5	HAMMERMED Medical Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa 90-032 Łódź ul. Kopcińskiego 69/71	800,00 zł netto 864,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 14

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 885,60 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	1 500,00 zł netto 1 620,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 15

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 270,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
1	GLOBMEDICA Sp. z o.o. 58-530 Kowary ul. Matejki 8/21	200,00 zł netto 216,00 zł brutto	3 dni	nie dotyczy	60 dni



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



3	POL-MED Paweł Jabłonka 05-152 Czosnów Pieńków 61B	400,00 zł netto 432,00 zł brutto	4 dni	nie dotyczy	60 dni
4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	190,00 zł netto 205,20 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	240,00 zł netto 259,20 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 16

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 2 268,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
5	HAMMERMED Medical Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa 90-032 Łódź ul. Kopcińskiego 69/71	2 650,00 zł netto 2 862,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 17

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 1 728,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
5	HAMMERMED Medical Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa 90-032 Łódź ul. Kopcińskiego 69/71	1 760,00 zł netto 1 900,80 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 18

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 3 304,80 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
	Nie złożono żadnej oferty				



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Zadanie nr 19

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 2 700,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	2 250,00 zł netto 2 430,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	2 500,00 zł netto 2 700,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 20

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 1 252,80 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
3	POL-MED Paweł Jabłonka 05-152 Czosnów Pieńków 61B	1 000,00 zł netto 1 080,00 zł brutto	4 dni	nie dotyczy	60 dni
4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	1 240,00 zł netto 1 339,20 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 21

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 4 428,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
	Nie złożono żadnej oferty				

Zadanie nr 22

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 2 332,80 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
-----------	------------------------------------	-------------	----------------	-----------------	-------------------



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala tel.: (91) 813 90 00, fax.: (91) 813 90 09
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



4	SUN-MED Spółka Cywilna 91-845 Łódź ul. Franciszkańska 104/112	1 925,00 zł netto 2 079,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni
6	Medtronic Poland Sp. z o.o. 00-633 Warszawa ul. Polna 11	2 160,00 zł netto 2 332,80 zł brutto	3 dni	nie dotyczy	60 dni

Zadanie nr 23

1. Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia 16 848,00 PLN (brutto).
2. Nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu dostawy, okresu gwarancji i warunków płatności:

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena oferty	Termin dostawy	Okres gwarancji	Warunki płatności
7	OLYMPUS Polska Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Suwak 3	18 600,00 zł netto 20 288,00 zł brutto	3 dni robocze	nie dotyczy	60 dni

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
Małgorzata Usielska



**Dyrektor
SPWSZ**
(91) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Ekon. – Adm.**
(091) 813 9010

**z-ca Dyrektora
ds. Lecznictwa**
(091) 813 9010

**Pielęgniarka
Naczelna**
(091) 813 9016

**Główny
Księgowy**
(091) 813 9015