

Nr oferty	1	2	3	4	5	6	7	8				
Wykonawca	IMC IMPOMED CENTRUM S.A. ul. Skrzyneckiego 36, 04-563 Warszawa	LFC Sp. z o.o. ul. Kozuchowska 41 65-364 Zielona Góra	Medtronic Poland Sp. z o.o. ul. Polna 11, 00-633 Warszawa	NUCare Agnieszka Wołkowska ul. M. Komonickiej 4/1 87-152 Wypcz	Novaspine Sp. z o.o. ul. Piaskowa 31; 55-040 Tyniec Mały	Stryker Polska Sp. z o.o. ul. Polewki 35 02-822 Warszawa	Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o. ul. Iżewska 24 02-135 Warszawa	Ars Medicum Sp. z o.o. ul. Dworcowa 7/102 87-100 Toruń		Kwota przeznaczona na sfinansowanie zamówienia	Termin wykonania	Warunki płatności
Kryterium oceny Nr zadania 1	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena				
1							29 160,00		29 160,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów							1 dzień					
2						896 940,00			772 200,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów							1 dzień					
3							297 540,00		295 920,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów							1 dzień					
4							403 380,00		403 920,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów							1 dzień					
5			122 850,00						141 750,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów												
6									642 492,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów			1 dzień									
7									447 120,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów												
8									782 460,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów												
9									252 720,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
Czas uzupełnienia implantów												

STARSZY SPRAWCA
 ds. Zamówień Publicznych
 Dział Zamówień Publicznych

[Podpis]
 mgr Magdalena Sikora
 Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

06.07.2020
 Data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej

10	Czas uzupełnienia implantów					367 200,00		367 200,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
11	Czas uzupełnienia implantów				1 dzień		27 030,78	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
12	Czas uzupełnienia implantów	168 480,00	165 240,00				207 360,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
13	Czas uzupełnienia implantów	97 200,00		1 dzień			97 200,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
14	Czas uzupełnienia implantów	94 608,00					90 720,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
15	Czas uzupełnienia implantów						439 171,20	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
16	Czas uzupełnienia implantów				97 200,00	123 120,00	123 120,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
17	Czas uzupełnienia implantów				1 dzień	1 dzień	445 500,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
18	Czas uzupełnienia implantów		430 812,00				348 732,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
19	Czas uzupełnienia implantów		1 dzień			23 004,00	23 004,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
20	Czas uzupełnienia implantów				1 dzień		14 040,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	
21	Czas uzupełnienia implantów		108 000,00			135 000,00	135 000,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni	

STARSZY SPYTKOR ds. Zamówień Publicznych Dział Zamówień Publicznych

Podpis osoby sporządzającej ofertę konkursową K 2

06.07.2020
mgr Małgorzata Sikora
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie
Data i podpis kierownika Zamawiającego lub osoby upoważnionej

22	Czas uzupełnienia implantów									22 518,00					22 518,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
23	Czas uzupełnienia implantów				295 920,00					1 dzień					295 920,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
24	Czas uzupełnienia implantów					1 dzień											
	Czas uzupełnienia implantów				233 280,00					207 360,00	267 840,00	302 400,00			293 760,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
25	Czas uzupełnienia implantów					1 dzień				1 dzień	1 dzień	1 dzień			167 205,60	12 miesięcy	przelew do 60 dni
26	Czas uzupełnienia implantów									1 dzień							
	Czas uzupełnienia implantów									111 196,80					111 196,80	12 miesięcy	przelew do 60 dni
27	Czas uzupełnienia implantów									1 dzień							
	Czas uzupełnienia implantów									5 481,00					5 140,80	12 miesięcy	przelew do 60 dni
28	Czas uzupełnienia implantów														33 534,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
29	Czas uzupełnienia implantów														19 353,60	12 miesięcy	przelew do 60 dni
30	Czas uzupełnienia implantów														90 373,04	12 miesięcy	przelew do 60 dni
	Okres ważności																
	Termin reklamacji																
31	Czas uzupełnienia implantów														12 960,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni
32	Czas uzupełnienia implantów														12 604,68	12 miesięcy	przelew do 60 dni
33	Czas uzupełnienia implantów														134 568,00	12 miesięcy	przelew do 60 dni

STARSZY INSPEKTOR
ds. Zamówień Publicznych
Dział Zamówień Publicznych

Podpis osoby sporządzającej ofertę

DYREKTORA
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

mgr Magdalena Sikora
Kierownik Administracyjny

Data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej