



WOJSKOWE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
00-671 Warszawa 1, ul. Koszykowa 78

Warszawa, dnia 29.03.2018r.



WOJSKOWE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Warszawie
Nr. 475/18
29 MAR 2018
00-671 Warszawa 1

SPECMED BYDGOSZCZ Sp. z o. o.
ul. Czolgistów 4
85-532 Bydgoszcz
tel. 605-573-445
e-mail: agata.kalicka@interia.pl

Zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty w Konkursie Ofert Nr 8/2018

Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ w Warszawie działając na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) uprzejmie informuje, że w przeprowadzonym konkursie ofert nr 8/2018 została wybrana oferta firmy **Specmed Bydgoszcz Sp. z o. o. z siedzibą przy ul. Czolgistów 4, 85-532 Bydgoszcz** z ceną 16 000,00pln za jeden miesiąc świadczenia usług medycznych w TS WCKiK w Bydgoszczy.

Uzasadnienie:

Wybrana oferta spełnia wymagania określone w SWKO oraz zawiera najniższą cenę, w kryterium oceny ofert cena 100%.

W załączeniu podaję dane Oferentów, którzy złożyli oferty na powyższe postępowanie wraz ze streszczeniem oceny i porównaniem złożonych ofert.

Zał. 1 na 1 arkuszu

W imieniu Udzielającego Zamówienia

DYREKTOR
Wojskowego Centrum
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ

płk mgr farm. Piotr KLAMROWSKI

oznaczenie sprawy: Konkurs Ofert Nr 8/2018

WOJSKOWE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
SP ZOZ
00-671 Warszawa 1, ul. Koszykowa 78
NIP 1132555793 REGON 140120346
Pieczęć udzielającego zamówienia

Streszczenie oceny i porównanie złożonych ofert

Kryterium oceny ofert	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres oferenta
	Oferta Nr 1
	SPECMED BYDGOSZCZ Sp. z o. o. ul. Czołgistów 4 85-532 Bydgoszcz tel. 605-573-445 e-mail: agata.kalicka@interia.pl
Liczba punktów w kryterium oceny ofert cena 100%	100pkt

Warszawa, dnia 29.03.2018 r.

uuu

.....
(podpis osoby sporządzającej)

DYREKTOR

Wojskowego Centrum

Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ

Klamrowski

plk mgr farm. Piotr KLAMROWSKI

.....
(pieczęć i podpis kierownika Udzielającego zamówienia)