



Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej

EZ.272.017.2018

EZ/18884/18

Wrocław, dnia 16.11.2018r.

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na usługi odbioru i utylizacji odpadów medycznych (sygnatura sprawy EZ/470/NA/18).

Dyrekcja Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu informuje, iż dnia **15.11.2018r.** o godz. **13:15** odbyło się otwarcie ofert w przetargu nieograniczonym na usługi jw. W załączeniu zbiorcze zestawienie ofert złożonych w niniejszym postępowaniu.

Zamawiający przypomina, iż zgodnie z art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w przepisie art. 86 ust. 5 ustawy przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej (zgodnie ze wzorem Zamawiającego – wzór w załączeniu), o której mowa w przepisie art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy. Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

DYREKTOR
dr n. med. Marek Nikiel
specjalista organizacji ochrony zdrowia
specjalista neurolog



**DOLNY
ŚLĄSK**

Sporządziła: Weronika Chronowska
Sprawdziła: Ewa Kupis
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka –

Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
e-mail: szpital_marciniaka@pro.onet.pl
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY *
O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI
DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ
w odniesieniu do art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych

.....
(Nazwa Wykonawcy)

.....
(Adres Wykonawcy)

Numer telefonu: Numer faxu:

Regon: NIP:

Na potrzeby postępowania o zamówienie publiczne (sygnatura sprawy), w imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję oświadczam, że **należę** / nie należę** do tej samej grupy kapitałowej** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp z **Wykonawcami, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

..... (miejsowość), dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

* Niniejsze oświadczenie Wykonawca przekazuje Zamawiającemu, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

** Niepotrzebne skreślić



Deinostowski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
54-0-91-1111
Pieczęć zamawiającego
RECDN 00637000000000000000000000000000

Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym na usługi odbioru i utylizacji odpadów medycznych

Numer oferty	Data złożenia oferty	Godzina złożenia oferty	Nazwa (firma) Wykonawcy	Adres (siedziba) Wykonawcy
1	15.11.2018r.	11:58	LIDER KONSORCJUM: REMONDIS MEDISON SP. Z O. O. KONSORCJANT 1: PROMAROL PLUS SP. Z O. O. KONSORCJANT 2: F.U.H. EKO-TOP SP. Z O. O.	UL. PUSZKINA 41, 42-530 DĄBROWA GÓRNICZA UL. CIEPIELÓWEK 2, 67-410 SŁAWA UL. HETMAŃSKA 120, 35-078 RZESZÓW
2	15.11.2018r.	12:45	EKO-ABC SP. Z O. O.	UL. PRZEMYSŁOWA 7, 97-400 BEŁCHATÓW

DYREKTOR

dr n. med. Marek Nikiel
specjalista organizacji ochrony zdrowia
specjalista neurolog

16.11.18

Chromarska

podpis osoby sporządzającej protokół

16.11.18

data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej



Zbiornicze zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym na usługę odbioru i utylizacji odpadów medycznych

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia publicznego		Numer nadany zgodnie z datą złożenia oferty	Wartość przedmiotu zamówienia		Termin płatności
697 172,99	zł	1	Netto	640 173,45	60 dni
			VAT	50 892,46	
			Brutto	691 065,90	
		2	Netto	594 638,10	60 dni
			VAT	47 571,05	
			Brutto	642 209,15	

DYREKTOR

dr n. med. Marek Nikiel
specjalista organizacji ochrony zdrowia
specjalista neurolog

16.11.18

Chromowska

.....
podpis osoby sporządzającej protokół

16.11.2018r.

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