



**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny  
im. T. Marciniaka  
Centrum Medycyny Ratunkowej**

EZ.272.002.2019

EZ/.....*725*...../19

Wrocław, dnia 05.04.2019r.

**Dotyczy:** przetargu nieograniczonego na usługi przeglądów technicznych aparatury medycznej (aparatów RTG, systemu SPCT/CT (sygnatura sprawy EZ/129/EM/19).

Dyrekcja Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, informuje, iż dnia **03.04.2019r.** o godz. **11:15** 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.

**Z-ca Dyrektora**  
ds. Ekonomiczno-Exploatacyjnych  
*mgr inż. Marzyna Kapuścińska*

Sporządziła: Ewa Kupis *Ewa Kupis*  
Sprawdziła: Monika Florczyk  
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 są 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

Dołnośląski Szpital Specjalistyczny  
im. T. Marciniaka  
- Centrum Medycyny Ratunkowej  
54-049 Wrocław, ul. A. E. Fieldorfa 2  
REGON 006320384 NIP 800 23 19 550  
Pieczęć zamawiającego

Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym służy przeglądów technicznych aparatury medycznej (aparatów RTG, systemu SPCT/CT)

Numer oferty	Data złożenia oferty	Godzina złożenia oferty	Nazwa (firma) Wykonawcy	Adres (siedziba) Wykonawcy
1	20-03-2019	11:28	ZAKŁAD TECHNIKI MEDYCZNEJ "MED.-SERWIS" S.C. Z. Michalak, S. Witkowski	ul. 3 Maja 30 55-200 Olawa
2	21-03-2019	8:55	GE Medical Systems Polska Sp. z o.o.	ul. Wołoska 9, 02-583 Warszawa
3	22-03-2019	10:15	SHIM-MED Polska Sp. z o.o.	ul. Skrzetuskiego 15A, 02-726 Warszawa
4	02-04-2019	10:29	MEDICOL SYSTEM Sp. z o.o.	ul. Polska 118 61-401 Poznań

*E. Kępczyński*

.....  
podpis osoby sporządzającej protokół

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych  
*Karolina Kapuścińska*

.....  
data i podpis kierownika zamawiającego lub osoby upoważnionej 05.04.19



Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym na usługi przeglądów technicznych aparatury medycznej (aparatów RTG, systemu SPCT/CT)

Numer Zadania	Kwoty, jakie Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia publicznego z podziałem na zadania		Numer oferty	Wartość przedmiotu zamówienia		Termin płatności	Termin gwarancji na wykonaną usługę	Termin gwarancji na wymienione części	
	zł	brutto		Netto	Brutto				
Zadanie 1	6 765,00	zł	brutto	1	Netto	1 300,00	60 dni	3 miesiące	12 miesięcy
					VAT	299,00			
					Brutto	1 599,00			
				4	Netto	2 650,00	60 dni	12 miesięcy	12 miesięcy
					VAT	609,50			
					Brutto	3 259,50			
Zadanie 2	6 150,00	zł	brutto	1	Netto	1 100,00	60 dni	3 miesiące	12 miesięcy
					VAT	253,00			
					Brutto	1 353,00			
				4	Netto	2 650,00	60 dni	12 miesięcy	12 miesięcy
					VAT	609,50			
					Brutto	3 259,50			
Zadanie 3	43 542,00	zł	brutto	3	Netto	35 400,00	60 dni	6 miesięcy	12 miesięcy
					VAT	8 142,00			
					Brutto	43 542,00			
				4	Netto	8 700,00	60 dni	12 miesięcy	12 miesięcy
					VAT	2 001,00			
					Brutto	10 701,00			
Zadanie 4	146 000,00	zł	brutto	2	Netto	118 080,00	60 dni	6 miesięcy	12 miesięcy
					VAT	158,40			
					Brutto	145 238,40			
Łącznie	202 457,00	zł	brutto	x	x	x	x	x	x

*E. Kupis*

.....  
podpis osoby sporządzającej protokół

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych  
mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

*[Signature]*

05.04.19

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