



Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej

EZ.272.009.2019

EZ/1462/19

Wrocław, dnia 06.09.2019r.

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na usługę transportu sanitarnego ambulansem typu „T”, transportu sanitarnego ambulansem typu „K” (Sygnatura sprawy EZ/472/NT/19)

Dyrekcja Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, informuje, iż dnia **05.09.2019.** o godz. **13:15** odbyło się otwarcie ofert w przetargu nieograniczonym na dostawy 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

mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

Sporządziła: Marta Pasek-Zarzycka
Sprawdziła: Magdalena Wieczerzak
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.

..... (miejscowość), 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

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 8992228560, REGON: 006320384
Pieczęć zamawiającego

Zbiorne zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym na dostawę wyrobów medycznych do hemodynamiki

Numer oferty	Data złożenia oferty	Godzina złożenia oferty	Nazwa (firma) Wykonawcy	Adres (siedziba) Wykonawcy
1	05-09-2019	8:56	LUXURY MEDICAL CARE Sp. z o. o., Sp. k.	ul. Słomińskiego 17/47, 00-195 Warszawa
2	05-09-2019	12:30	GREMEDIG Sp. z o.o.	ul. Teligi 21, 42-215 Częstochowa

Dział Zamówień Publicznych
specjalista
Marta Pasek-Zarzycka

.....
podpis osoby sporządzającej protokół

Dyrektor
mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

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

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 8992228560, REGON: 006320384
Pieczęć zamawiającego

Zbiorne zestawienie ofert złożonych w przetargu nieograniczonym na dostawy wyrobów medycznych do hemodynamiki

Numer Zadania	Kwoty, jakie Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia publicznego z podziałem na zadania			Numer oferty	Wartość przedmiotu zamówienia		Termin płatności
Nie dotyczy	226 200,00	zł	brutto	1	Netto	319 800,00	60 dni
					VAT	0,00	
					Brutto	319 800,00	
				2	Netto	440 325,00	
					VAT	0,00	
					Brutto	440 325,00	
łącznie	226 200,00	zł	brutto	x	x	x	x

Dział Zamówień Publicznych
specjalista

Marta Pasek-Zarzycka

.....
podpis osoby sporządzającej protokół

Dyrektor

mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

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