



Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej

EZ.272.009.2020

2020-04-22

EZ/361/20

Wrocław, dnia

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na usługi odbioru i utylizacji odpadów medycznych (sygnatura sprawy EZ/216/NT/20).

Dyrekcja Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej informuje, iż dnia **22.04.2020r.** o godz. **10:15** 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.

p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Eksplotacyjnych
akartinska
mgr Anna Karlińska

Sporządziła: Ewa Kupis
Sprawdziła:
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

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 899227550 REGON: 006320384
Pieczęć zamawiającego
KRS: 0000040364

Zbiornicze 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	14.04.2020	08:20	Oferta wycofana przez Wykonawcę dnia 15.04.2020r.	
2	14.04.2020	09:45	ECO-ABC SP. Z O. O.	UL. PRZEMYSŁOWA 7, 97-400 BEŁCHATÓW
3	22.04.2020	08:25	LIDER KONSORCJUM: EMKA S.A. KONSORCJANT 1: PROMAROL - PLUS SP. Z O. O.	UL. JAKTOROWSKA 15a/67, 96-300 ŻYRARDÓW UL. CIEPIELÓWEK 2, 67-410 SŁAWA

E. Kups

.....
podpis osoby sporządzającej protokół

2020-04-22
p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. Ekonomicznych i Eksploatacyjnych
Anna Kamińska

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

mar Anna Kamińska

Zbiorcze 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
367 184,66	zł	2	brutto		60 dni
			Netto	307 969,20	
			VAT	24 393,60	
		3	Netto	273 411,60	60 dni
			VAT	21 872,93	
			Brutto	295 284,53	

E. Kujas

.....
podpis osoby sporządzającej protokół

2020-04-22

p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych

Anna Rakowska

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