

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 2164 z późn. zm.), przedstawia informację z otwarcia ofert.

**Zestawienie z otwarcia ofert w dniu 28-02-2017r.
EZP-271-2-5/2017 – DOSTAWA PRODUKTÓW LECZNICZYCH W RAMACH IMPORTU DOCELOWEGO**

kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia: 798 972,44 zł
Zadanie nr 1 – Phenobarbital

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	SANOFLA AVENTIS Sp. z o.o. Ul. Bonifaterska 17,00-203 Warszawa	221 184,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	221 184,00 zł
Zadanie nr 2 – L-Arginine						

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	2 399,76 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 156,24 zł
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	1 186,70 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 3 – Amphotericin B						

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	PROFARM PS Sp. z o.o Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	6 372,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	5 466,96 zł
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	6 207,84 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 4 – Sodium nitroprusside						

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	82 728,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	81 648,00 zł
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a, 02-801 Warszawa	129 600,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	PROFARM PS Sp. z o.o Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	78 840,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
4.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1, SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	74 520,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

5.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	62 424,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
Zadanie nr 5 – Pentamidine						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	16 472,16 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	15 876,00 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	17 010,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvägen 1, SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	14 418,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
4.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	15 111,36 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 6 – Isoprenalinum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	7 041,60 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	3 672,00 zł
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a, 02-801 Warszawa	21 600,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	4 644,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
4.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	3 672,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 7 – Siltibinin						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvägen 1 SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	73 224,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	31 034, 45 zł
Zadanie nr 8 – Dipirydamolum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4 05-830 Wolica	3 877,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	2 160,00 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	3 564,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 9 – Profirelin						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia

1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4 05-830 Wolica	1 262,95 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 154,74 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	1 220,40 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	1 282,18 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 10 – Phentolamine						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	14 904,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	21 600,00 zł
Zadanie nr 11 – Gonadoreline						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	13 381,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	12 879,00 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	13 203,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	17 463,60 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 12 – Tetracosactide						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	18 688,32 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 728,00 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	18 360,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	16 804,80 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 13 – Citrate Cafeine						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	3 179,52 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	2 881,44 zł
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a, 02-801 Warszawa	2 721,60 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	3 326,40 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
4.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.	3 392,06 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice									
Zadanie nr 14 – Cholestyramine									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	2 293,92 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 877,47 zł			
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a, 02-801 Warszawa	2 646,22 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
3.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	2 592,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
4.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	3 088,80 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
Zadanie nr 15 – Dopexamine									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.						39 312,00 zł			
Zadanie nr 16 – Promethazine									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	6 680,88 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	6 708,96 zł			
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	5 940,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	6 449,76 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
Zadanie nr 17 – Foscarnefti natrium									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	48 006,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	36 990,00 zł			
2.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvägen 1, SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	50 490,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
Zadanie nr 18 – Levothyroxine									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.						4 147,20 zł			
Zadanie nr 19 – Acidum acetylsalicylicum									
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia			
1.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.	1 825,42 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	2 125,44 zł			

Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice						
Zadanie nr 20 – Bumetanidum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	4 046,11 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	3 933,79 zł
Zadanie nr 21 – Clonidinum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	10 181,70 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	10 206,00 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	15 066,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	10 730,88 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 22 – Prednisolone Hemisuccinate						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	1 636,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 496,88 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	1 998,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	1 440,72 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 23 – Methadone						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.						4 773,06 zł
Zadanie nr 24 – Ajmalinum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	1 635,12 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	1 544,40 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	1 566,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	1 479,60 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 25 – Dantrolene						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom.	43 146,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	43 200,00 zł

	Ul. Zielona 4 05-830 Wolica								
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a 02-801 Warszawa	43 200,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
3.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	41 850,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
4.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	42 444,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				
5.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowic	43 740,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni				

Zadanie nr 26 – Tobramycinum

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	2 069,28 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	8 800,06 zł
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowic	6 372,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

Zadanie nr 27 – Dihydralazine

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	8 359,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	6 789,42 zł
2.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	7 857,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowic	7 743,60 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

Zadanie nr 28 – Rifampicinum

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	2 511,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	2 758,86 zł
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowic	1 741,50 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

Zadanie nr 29 – Cidofovirum

L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	67 608,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	96 855,91 zł
2.	Komtur Polska Sp. z o.o. Ul. Puławska 405 a, 02-801 Warszawa	97 200,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	

3.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1, SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	66 636,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
4.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	78 451,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 30 – Natrium Chloratum						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.						28 512,00 zł
Zadanie nr 31 – Daunorubicin						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	SANOFI AVENTIS Sp. z o.o., Ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa	24 138,86 zł	12 miesięcy		Przelew 60 dni	
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	26 820,72 zł	12 miesięcy		Przelew 60 dni	24 140,16 zł
Zadanie nr 32 – Etoposid p.o.						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o., Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	8 758,80 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
2.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1, SE -171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN	7 765,20 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	8 424,00 zł
3.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	6 696,00 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
Zadanie nr 33 – Trofosamid						
L.p.	Firma oraz adres wykonawcy	Cena	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności	Kwota, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia
1.	OPIFARMA Sp. z o.o. Spółka Kom. Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	62 078,40 z	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	
2.	SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o. Ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice	70 502,40 zł	12 miesięcy	Nie dotyczy	Przelew 60 dni	63 936,00 zł

sporządził:



Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Włocławska 265
REGON 141250115

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Krakowie
Sekcja ds. Zamówień Publicznych
30-663 Kraków, ul. Włocławska 265
Tel. 12 658-20-11 wew 12-17. Tel/fax 12 658 39 79

