



## ZESTAWIENIE Z OTWARCIA OFERT – SPRAWA: EZP-271-2-18/2017

Stosując się do dyspozycji przepisu art. 86 ust. 5 w zw. z art. 10a ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1579), Zamawiający – Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, zawiadamia, iż otwarcie ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę produktów leczniczych i wyrobów medycznych na potrzeby Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego o wartości powyżej kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy odbyło się dnia 18 maja 2018r. o godzinie 11:00.

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia wynosi odpowiednio:

Grupa I.	– Import docelowy (L-Arginine). – 1423,44 zł
Grupa II.	– Import docelowy (Amphotericin B) – 7 452,00 zł
Grupa III.	– Import docelowy (Sodium nitroprusside) – 74 908,80 zł
Grupa IV.	– Import docelowy (Pentamidine) – 17 301,60 zł
Grupa V.	– Import docelowy (Isoprenalinum) – 4 406,40 zł
Grupa VI.	– Import docelowy (Silibinin) – 263 606,40 zł
Grupa VII.	– Import docelowy (Dipirydamolum) – 4 276,80 zł
Grupa VIII.	– Import docelowy (Protirelin) – 1 464,48 zł
Grupa IX.	– Import docelowy (Phentolamine) – 21 600,00 zł
Grupa X.	– Import docelowy (Gonadoreline) – 15 843,60 zł
Grupa XI.	– Import docelowy (Tetracosactide) – 21 254,40 zł
Grupa XII.	– Import docelowy (Citrata Cafeine) – 3 265,92 zł
Grupa XIII.	– Import docelowy (Cholestyramine) – 2 752,70 zł
Grupa XIV.	– Import docelowy (Dopexamine) – 46 850,40 zł
Grupa XV.	– Import docelowy (Promethazine) – 7 128,00 zł
Grupa XVI.	– Import docelowy (Foscarneti natrium) – 57 607,20 zł
Grupa XVII.	– Import docelowy (Levothyroxine) – 4 976,64 zł
Grupa XVIII.	– Import docelowy Acidum acetylosalicylicum) – 2 190,56 zł
Grupa XIX.	– Import docelowy (Bumetanidum) – 4 855,68 zł
Grupa XX.	– Import docelowy (Clonidinum) – 12 218,04 zł
Grupa XXI.	– Import docelowy (Prednisolone Hemisuccinate) – 1 728,00 zł
Grupa XXII.	– Import docelowy (Methadone) – 5 724,00 zł
Grupa XXIII.	– Import docelowy (Ajmalinum) – 1 775,52 zł
Grupa XXIV.	– Import docelowy (Dantrolene) – 50 220,00 zł
Grupa XXV.	– Import docelowy (Tobramycinum) – 2 483,13 zł



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-653 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-29-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375866

- Grupa XXVI. – Import docelowy (Dihydralazine) – 9 292,32 zł
- Grupa XXVII. – Import docelowy (Rifampicinum) – 2 089,80 zł
- Grupa XXVIII. – Import docelowy (Varicella – Zoster Immunoglobulinum) – 133 650,00 zł
- Grupa XXIX. – Preparaty odczulające I (Allergen extract) – 93 258,00 zł
- Grupa XXX. – Preparaty odczulające II (Allergen extract) – 42 390,00 zł
- Grupa XXXI. – Program lekowy I (Eltrombopagum) – 540 663,55 zł
- Grupa XXXII. – Program lekowy II (Dimethylis Fumaras) – 255 546,90 zł
- Grupa XXXIII. – Program lekowy III (Ewerolimus) – 752 995,44 zł
- Grupa XXXIV. – Leki różne I – 280 554,67 zł
- Grupa XXXV. – Milrinonum - 450 057,60 zł
- Grupa XXXVI. – Leki różne II – 243 329,07 zł
- Grupa XXXVII. – Anagrelidum – 14 515,20 zł
- Grupa XXXVIII. – Leki różne III – 520356,96 zł
- Grupa XXXIX. – Wyroby medyczne - 3 949,56 zł
- Grupa XL. – Baclofenum – 149 985,00 zł
- Grupa XLI. – Eltrombopag – 386 188,23 zł
- Grupa XLII. – Lactoferinum + MCT – 1610,28 zł
- Grupa XLIII. – Hepatitis Immunoglobulin – 117 720,00 zł
- Grupa XLIV. – Nadroparinum Calcium – 49 590,90 zł
- Grupa XLV. – lomeprolum – 21 413,70 zł
- Grupa XLVI. – Antithymocyte Immunoglobulinum – 78 372,36 zł
- Grupa XLVII. – Dexmedetomidinum – 17 164,22 zł
- Grupa XLVIII. – Impenem cum Cilastatin – 20 196,00 zł
- Grupa XLIX. – L-asparaginian L-ornityny – 1 439,53 zł
- Grupa L. – Rasburicasum – 29 099,08 zł
- Grupa LI. – Cefoperazonum + Sulbactanum – 2 080,08 zł
- Grupa LII. – Salbutamol – 738,58 zł
- Grupa LIII. – Metamisolum Natrium – 29 788,56 zł

Do upływu terminu składania ofert tj. do dnia 18 kwietnia 2018r. do godziny 10:45 wpłynęły następujące oferty:



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 656-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039290  
NIP: 679-25-25-718, REGON: 351375886

## Grupa 1

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 438,13 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	2 672,78 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	2 769,12 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 2

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	5 702,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	5 853,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	6 480,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 3

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	103 680,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	61 797,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Orzeczenie rejestrowe: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	65 296,80 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4.	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	82 080,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 4

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	14 256,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	14 439,06 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	13 966,02 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	15 390,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 5

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	3 672,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	2 640,38 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96	3 024,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Władysława 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieście  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

05-500 Stara Iwiczna				
----------------------	--	--	--	--

## Grupa 6

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	206 712,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	198 553, 68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	186 507,36 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	191 160,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 7

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	3 106,08 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	2 840,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 8

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 239,84 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351378888

2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	1 117,37 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	1 172,88 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 9

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216,102 34 Stockholm SWEDEN	16 200,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 10

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216,102 34 Stockholm SWEDEN	19 764,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	17 356,68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	14 093,68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	19 440,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieście  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 251575886

## Grupa 11

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	18 576,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	33 359,90 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	18 567,36 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	17 712,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 12

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	3 920,83 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	2 633,47 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	2 721,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 13

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	2 565,65 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wszelecka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Orzecznik rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieście  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	1 995,41 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
---	---	-------------	--------------------------------------	-------------	---

## Grupa 14 - BRAK OFERT

## Grupa 15

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	10 638,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	5 380,56 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	5 184,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 16

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216,102 34 Stockholm SWEDEN	42 930,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	50 593,68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	43 173,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4.	KOMTUR POLSKA Sp. z o.o. Ul. Plac Farmacji 1	39 906,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury





# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalEZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

	02-699 Warszawa				
5	DELFINA SP. z o.o. Ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 111 91-222 Łódź	39 684,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 17

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	8 532,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	6 177,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 18

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	3 985,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 19

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	3 819,74 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 20

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	13 122,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wietlicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375866

2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	8 927,82 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	9 224,28 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	10 935,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 21

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 533,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	2 265,84 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	1 328,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 22

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM S.A Ul. Jana Kazimierza 16 01-248 Warszawa	252,18 00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-50-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa Śródmieście  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

## Grupa 23

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 547,86 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	1 356,70 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	1 289,52 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 24

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	UNIMEDIC PHARMA AB Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm SWEDEN	39 528,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	44 336,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	40 047,48 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	39 668,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 25 - BRAK OFERT



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-41, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 851375886

## Grupa 26

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	9 979,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Kom. Ul. Zielona 4 05-813 Wolica	9 305,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	9 363,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 27

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 680,48 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	PROFARM PS Sp. z o.o. Ul. Słoneczna 96 05-500 Stara Iwiczna	2 322,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 28

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	NOBIPHARM Sp. z o.o. Ul. Rydygiera 8 01-793 Warszawa	133 650,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 29

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	84 823,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wietlicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000639390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

## Grupa 30

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	38 556,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 31

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	292 858,85 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 32

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	99 999,90 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 33

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław	1 092 338,13 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wieńska 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź				
--	--	--	--	--

## Grupa 34

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SANOFI AVENTIS Sp. z o.o. Ul. Bonifraterska 17 00-203 Warszawa	368 840,14 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 35

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	438 912,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	SANOFI AVENTIS Sp. z o.o. Ul. Bonifraterska 17 00-203 Warszawa	319 999,68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	441 875,52 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 36

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	LEK S.A Ul. Podlipie 16 95-010 Stryków	226 122,08 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

## Grupa 37

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	Konsorcjum Firm NEUCA S.A FARMADA Transport Sp. z o.o. 87-100 Toruń Ul. Szosa Bydgoska 58	10 303,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	10 454,40 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	10 546,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 38

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	479 464,49 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	486 498,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	480 083,97 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

## Grupa 39

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	3 145,39 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	1 942,73 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 40

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	162 000,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	148 192,20 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	DELFARMA SP. z o.o. Ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 111 91-222 Łódź	140 400,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 41

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider)	214 220,83 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury





# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Witełska 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 000039290  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375846

Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź				
--	--	--	--	--

## Grupa 42

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	1 238,22 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 43

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM S.A Ul. Jana Kazimierza 16 01-248 Warszawa	117 720,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 44 - BRAK OFERT

## Grupa 45

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM S.A Ul. Jana Kazimierza 16 01-248 Warszawa	19 467,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0006039290  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351079896

## Grupa 46

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA S.A. Ul. Krzywa 13 60-118 Poznań	71 247,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 47

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	Konsorcjum Firm NEUCA S.A FARMADA Transport Sp. z o.o. 87-100 Toruń Ul. Szosa Bydgoska 58	15 612,48 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	15 603,19 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	15 639,70 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	15 603,84 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 48

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A	15 816,60 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 266, 39-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 638-20-11, Faks: (12) 638-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

	Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź				
2	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	13 338,00 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 49

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	990, 47 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM S.A Ul. Jana Kazimierza 16 01-248 Warszawa	1 139,83 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 50

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	SANOFI AVENTIS Sp. z o.o. Ul. Bonifraterska 17 00-203 Warszawa	27 713,66 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 51

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	1 468,80 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury



# Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886

2	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	1 953,07 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
---	---	-------------	--------------------------------------	-------------	---

## Grupa 52

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	612, 58 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

## Grupa 53

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	KONSORCJUM FIRM: URTICA Sp. z o.o. (lider) Ul. Krzemieniecka 120, 54-613 Wrocław PGF S.A Ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	23 433,84 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2	FRESENIUS KABI POLSKA Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 134 02-305 Warszawa	27 263,52 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3	SALUS INTERNATIONAL SP. z o.o. Ul. Pułaskiego 9 40-273 Katowice	28 183,68 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
4	FARMACOL LOGISTYKA Sp. z o.o. Ul. Rzepakowa 2 40-541 Katowice	28 030,32 zł	12 miesięcy od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

Kraków, dnia 18.05.2018r.

EZP-271-2-18/2018

Kierownik  
Sekcji ds. Zamówień Publicznych

sporządził: .....  
mgr Robert Kochański