

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie na podst. art. 86 ust. 5 w zw. z art. 10a ust.1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1579), przedstawia informację z otwarcia ofert w dniu **09.05.2018r.**

### Zestawienie ofert

**Przetarg nieograniczony: Dostawa produktów leczniczych dla Apteki – 11 grup numer sprawy: EZP-271-2-22/2018**

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia ( na całość zamówienia): **1480546,92 zł brutto**

**Grupa 1 – 410.761,37 zł**

**Grupa 2 – 86.005,99 zł**

**Grupa 3 – 35.380,80 zł**

**Grupa 4 – 122860,80 zł**

**Grupa 5 – 45100,80 zł**

**Grupa 6 – 1814,40 zł**

**Grupa 7 – 652571,64 zł**

**Grupa 8 – 32814,72 zł**

**Grupa 9 – 25920,00 zł**

**Grupa 10 – 26276,40 zł**

**Grupa 11 – 41040,00 zł**

#### **GRUPA 1**

<b>L.p.</b>	<b>Firma i adres Wykonawcy</b>	<b>Cena brutto oferty</b>	<b>Termin wykonania</b>	<b>Okres gwarancji</b>	<b>Warunki płatności</b>
1.	<b>ROCHE POLSKA Sp. z o.o. Ul. Domaniewska 39B, 02-672 Warszawa</b>	<b>307.235,37 zł</b>	<b>24 m-ce od daty podpisania umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

**GRUPA 2**

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 i Polska Grupa Farmaceutyczna S.A. Ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź	52.675,92 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	FARMACOL – LOGISTYKA Sp. z o. o. Ul. Rzepakowa 2, 40-541 Katowice	52.812,00 zł	24 m-ce 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	52.864,81 zł	24 m-ce 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.	ROCHE POLSKA Sp. z o.o. Ul. Domaniewska 39B, 02-672 Warszawa	25.259,97 zł	24 m-ce 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 <u>Adres do korespondencji: 99</u> Unimedica Pharma AB Ul. Matuszewska 14, 03-876 Warszawa	148.179,46 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

2.	<b>PROFARM PS Sp. z o.o.</b> Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	<b>130.464,00 zł</b>	<b>24 m-ce</b> <b>od daty podpisania</b> <b>umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3.	<b>OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Komandytowa</b> Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	<b>119.292,48 zł</b>	<b>24 m-ce</b> <b>od daty podpisania</b> <b>umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

#### **GRUPA 5**

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	<b>UNIMEDIC PHARMA AB</b> Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN <u>Adres do korespondencji:</u> Unimedic Pharma AB Ul. Matuszewska 14, 03-876 Warszawa	<b>54.120,96 zł</b>	<b>24 m-ce</b> <b>od daty podpisania</b> <b>umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	<b>PROFARM PS Sp. z o. o.</b> Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	<b>44.496,00 zł</b>	<b>24 m-ce</b> <b>od daty podpisania</b> <b>umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3.	<b>OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Komandytowa</b> Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	<b>40.694,40 zł</b>	<b>24 m-ce</b> <b>od daty podpisania</b> <b>umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

**GRUPA 6**

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 i Polska Grupa Farmaceutyczna S.A. Ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź	1.814,40 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury n
2.	ASCLEPIOS S.A. Ul. Hubska 44, 50-502 Wrocław	1.814,40 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury n

**GRUPA 7**

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	652.571,64 zł	24 m-ce 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.	AMGEN BIOTECHNOLOGIA Sp. z o.o. Ul. Domaniewska 50, 02-672 Warszawa	32.159,98 zł	24 m-ce 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.	<b>UNIMEDIC PHARMA AB</b> Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN <u>Adres do korespondencji:</u> Unimedic Pharma AB Ul. Matuszewska 14, 03-876 Warszawa	33.592,32 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

**GRUPA 10**

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	<b>UNIMEDIC PHARMA AB</b> Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN <u>Adres do korespondencji:</u> Unimedic Pharma AB Ul. Matuszewska 14, 03-876 Warszawa	17.496,00 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	<b>OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Komandytowa</b> Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	21.701,52 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3.	<b>PROFARM PS Sp. z o.o.</b> Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	11.988,00 zł	24 m-ce od daty podpisania umowy	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

**GRUPA 11**

L.p.	Firma i adres Wykonawcy	Cena brutto oferty	Termin wykonania	Okres gwarancji	Warunki płatności
1.	<b>UNIMEDIC PHARMA AB</b> Sundbybergsvagen 1 SE-171 73 Solna, Box 6216, 102 34 Stockholm, SWEDEN <u>Adres do korespondencji:</u> Unimedica Pharma AB Ul. Matuszewska 14, 03-876 Warszawa	<b>33.592,32 zł</b>	<b>24 m-ce od daty podpisania umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
2.	<b>OPTIFARMA Sp. z o.o. Sp. Komandytowa</b> Ul. Zielona 4, 05-830 Wolica	<b>34.957,44 zł</b>	<b>24 m-ce od daty podpisania umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
3.	<b>PROFARM PS Sp. z o.o.</b> Ul. Słoneczna 96, 05-500 Stara Iwiczna	<b>36.720,00 zł</b>	<b>24 m-ce od daty podpisania umowy</b>	Nie dotyczy	Przelew, <b>60 dni</b> od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

Sporządziła: Magdalena Ścisła  
09.05.2018r.

*Magdalena Ścisła*