



**Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.**  
**26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5**

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl) [szpital@wss.com.pl](mailto:szpital@wss.com.pl)

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81.800.000,00 zł NIP 7962963679 REGON 670209356

Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548

Telefony: Centrala: 048-361-30-00

Sekretariat: 048-361-39-00

Fax: 048-345-11-18, 345-10-43

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl)

Znak sprawy: DZP.341.67.2017

**Dział Zamówień Publicznych**

tel. 048-361 49 69

fax. 048-361 30 23

adres e-mailowy: [dzp@wss.com.pl](mailto:dzp@wss.com.pl)

Radom, dnia 2017-11-06

Informacja z otwarcia ofert w dniu 06.11.2017 o godz. 10.30 w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na **doposażenie Oddziału Neonatologii** Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu (sprawa DZP.341.67.2017) w zakresie określonym w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia brutto PLN: **789 000,00** PLN

**Część 1**

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Okres gwarancji	Warunki płatności
05	GE Medical Systems Polska Sp. z o. o. Ul. Wołoska 9 02-583 Warszawa	181 440,00	36 miesięcy	Termin płatności 30 dni

**Część 2**

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Okres gwarancji	Warunki płatności
04	Dräger Polska Sp. z o. o. Ul. Sułkowskiego 18A 85-655 Bydgoszcz	240 840,00	48 miesięcy	Termin płatności 30 dni

**Część 3**

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Okres gwarancji	Warunki płatności
02	Partner4Medicine Sp. z o. o. Pl. Metziga 26 64-100 Leszno	210 000,00	36 miesięcy	Termin płatności 30 dni
06	INTIMEX Sp. z o. o. Sp. k. Ul. Spacerowa 2 05-119 Legionowo	170 000,00	36 miesięcy	Termin płatności 30 dni

**Część 4**

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Okres gwarancji	Warunki płatności
01	VIRIDIAN POLSKA Sp. z o. o. Ul. Morgowa 4 04-224 Warszawa	69 768,00	36 miesięcy	Termin płatności 30 dni

**Część 5**

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Okres gwarancji	Warunki płatności
03	NZ Techno Sp. z o. o. Ul. Berneńska 5A 03-976 Warszawa	62 100,00	36 miesięcy	Termin płatności 30 dni

**UWAGA! – dotyczy części 3**

**Działając na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2015, poz. 2164 z późn. zm.) Zamawiający informuje, że w/w Wykonawcy w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej**

**Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.  
26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5**

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl)   [szpital@wss.com.pl](mailto:szpital@wss.com.pl)

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81.800.000,00 zł   NIP 7962963679   REGON 670209356

Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548

**Zamawiającego w/w informacji tj. od dnia 09.11.2017 roku, muszą przekazać Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.**

**Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.**

**Wykonawcy mogą posłużyć się poniższym wzorem oświadczenia.**

**Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.**  
**26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5**

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl)   [szpital@wss.com.pl](mailto:szpital@wss.com.pl)

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81.800.000,00 zł   NIP 7962963679   REGON 670209356

Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548

## **OŚWIADCZENIE**

**Wykonawcy o przynależności do grupy kapitałowej,  
o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**NR SPRAWY: DZP.341.67.2017**

**WYKONAWCA:**

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy lub jego pieczęć firmowa, adresowa)

**Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego doposażenie Oddziału Neonatologii Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu, ul. Juliana Aleksandrowicza 5, (sprawa DZP.341.67.2017)**

### **OŚWIADCZAMY, ŻE :**

**Nie należymy do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2015, poz. 184, 1618 i 1634).\***

**Należymy do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2015, poz. 184, 1618 i 1634) W załączeniu składamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.\***

....., dnia .....

.....  
*Podpisy przedstawicieli Wykonawcy  
upoważnionych do jego reprezentowania*

*\* niepotrzebne skreślić*