



**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

tel. centrala: 48 361 30 00

tel. sekretariat: 48 361 39 00

fax: 48 345 11 18, 345 10 43

**Dział Zamówień Publicznych**

tel. 48 361 49 69

fax. 48 361 30 23

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

**Znak: DZP.341.74.2017r.**

**Radom, 01.12.2017r**

**Informacja z otwarcia ofert w dniu 01.12.2017 o godz. 10.30 w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na wyposażenie Sali Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej w aparaturę i sprzęt medyczny Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu (sprawa DZP.341.74.2017) w zakresie określonym w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp**

Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia brutto PLN: 307.599,98

Nr oferty	Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy	Cena brutto PLN	Termin wykonania zamówienia	Okres gwarancji	Warunki płatności
<b>Część 1</b>					
01	KONKRET Dagmara Fik, Marcin Mazurkiewicz Spółka Jawna, ul. Dworcowa 15A, 86-200 Chełmno	47.196,00	15.12.2017r	49 miesięcy	termin płatności 30 dni
02	BJESKA A.Pytel, R. Suchanke Spółka Jawna ul. Jasielska 10, 60-476 Poznań	43.000,03	15.12.2017r	49 miesięcy	termin płatności 30 dni
<b>Część 2</b>					
03	RESPIROMIX Sp. z o.o. Ul. Erazma Ciołka 15, 01-445 Warszawa	126.700,00	15.12.2017r	- dla poz. 1 - 60 miesięcy, - dla poz. 2 - 36 miesięcy, - dla poz. 3 - 24 miesiące, - dla poz. 4 - 24 miesiące,	termin płatności 30 dni
<b>Część 3</b>					
03	RESPIROMIX Sp. z o.o. Ul. Erazma Ciołka 15, 01-445 Warszawa	134.000,00	15.12.2017r	24 miesiące	termin płatności 30 dni

**UWAGA!**

**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 Zamawiającego w/w informacji tj. od dnia 01.12.2017 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.341.74.2017**

**WYKONAWCA:**

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

**Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na  
wyposażenie Sali Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej w aparaturę i sprzęt medyczny  
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu,  
ul. Juliana Aleksandrowicza 5**

### **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