



**„PACJENT JEST DLA NAS NAJWAŻNIEJSZY”**

ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn

tel. (0-89) 751 25 02, fax(0-89) 751 37 97, e-mail: sekretariat@szpital-ketrzyn.pl

Krajowy Rejestr Sądowy 499, Księga Rejestrowa 000000015349, NIP 742-183-60-30, REGON 510929362

Szpital Powiatowy w Kętrzynie  
ul. M.C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn  
Tel. 89 751 25 02, fax 89 751 37 97  
REGON 510929362, NIP 742-18-36-030  
KSIĘGA REJESTROWA 000000015349  
Szpital Powiatowy w Kętrzynie 01

Kętrzyn, dnia 22.01.2024 r.

**Dyrektor/  
Strona internetowa/  
Wykonawcy**

Nasz znak: **04/PP/2024**

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr **04/PP/2024** w trybie zapytania ofertowego pt: „**Dostawa jednorazowych materiałów medycznych do Szpitala Powiatowego w Kętrzynie - dodatkowy**”

### **INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT**

W nawiązaniu do prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Kętrzynie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pt.: „**Dostawa jednorazowych materiałów medycznych do Szpitala Powiatowego w Kętrzynie - dodatkowy**” znak postępowania 04/PP/2024 Zamawiający informuje, iż w postępowaniu:

- 1) Na zapytanie ofertowe odpowiedziało 2 Wykonawców.
- 2) Kwota, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia wynosi:  
**81 789,48 zł brutto**, w tym:

**Pakiet nr 3 - 75 600,00 zł brutto,**

**Pakiet nr 21 - 6 189,48 zł brutto.**

- 3) W terminie składania ofert tj. do dnia 22.01.2024 r. drogą e-mail: [joanna.bakunowicz@szpital-ketrzyn.pl](mailto:joanna.bakunowicz@szpital-ketrzyn.pl), wpłynęły następujące oferty, które zawierały poniższe kryteria:

Nr oferty	Nazwa wykonawcy, siedziba	Nr Pakietu	Termin uzupełnienia magazynu	Wartość zadania brutto
1.	<i>Bialmed Sp z o.o Ul. Kazimierzowska 46/48/35, 02-546 Warszawa</i>	3	3 dni	58 212,00 zł
2.	<i>Equimed P.S.A Ul. Prądnicka 46, 31-202 Kraków</i>	21	3 dni	4 403,43 zł

Opis przedmiotu, okres realizacji i warunki płatności zamówienia zostały określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

DYREKTOR

Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

*Wojciech Glinka*  
Wojciech Glinka

.....  
(podpis Zamawiającego)