

### I. Udzielający Zamówienia

- |                  |  |
|------------------|--|
| 1. Nazwa:        | Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu* |
| 2. Adres:        | Ul. Długa 1/2*   |
| 3. Kod pocztowy: | 61-848   |
| 4. Miejscowość:  | Poznań*  |
| 5. Województwo:  | wielkopolskie*   |

### Wybór oferty

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

#### Pakiet nr 1

2. Przyjmujący Zamówienie

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| a. Nazwa:                | Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie |
| b. Adres:                | Ul. Garbary 15   |
| c. Kod pocztowy:         | 61-866   |
| d. Miejscowość:          | Poznań   |
| e. Województwo:          | wielkopolskie  |
| 3. Cena oferty wybranej: | <b>2 917 028,00</b>  |

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

#### Pakiet nr 2

2. Przyjmujący Zamówienie

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| a. Nazwa:                | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska |
| b. Adres:                | Ul. Mostowa 5a/13                              |
| c. Kod pocztowy:         | 61-854   |
| d. Miejscowość:          | Poznań   |
| e. Województwo:          | wielkopolskie                                  |
| 3. Cena oferty wybranej: | <b>201 050,00</b>                              |

#### Uzasadnienie:

oferta zgodna ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie badań histopatologicznych - 10/12/EO”- (cena 100%)

#### Komisja Konkursowa:

Naczelny Lekarz Szpitala

Dr med. Szczepan Cofta *Dr med. Szczepan Cofta*

Mgr Anna Ruszczak *mgr Anna Ruszczak*

Mgr Justyna Koprucka *mgr Justyna Koprucka*

Zatwierdzam:

*Dyrektor Szpitala*

*lek. med. Jan Talaga*

Dyrektor Szpitala