

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: | INFO-PAT Pracownia Diagnostyczna – Usługowa |
| b. Adres: | Ul. Lisa Witalisa 1 |
| c. Kod pocztowy: | 60-195 |
| d. Miejscowość: | Poznań |
| e. Województwo: | wielkopolskie |

3. Cena oferty wybranej: **180 750,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

Pakiet nr 2

2. Przyjmujący Zamówienie

- | | |
|------------------|---|
| a. Nazwa: | Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie |
| b. Adres: | Ul. Garbary 15 |
| c. Kod pocztowy: | 61-866 |
| d. Miejscowość: | Poznań |
| e. Województwo: | wielkopolskie |

3. Cena oferty wybranej: **2 699 770,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

Pakiet nr 3

2. Przyjmujący Zamówienie

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| a. Nazwa: | ANMED s.c. Zakład Patomorfologii |
| b. Adres: | Ul. Koszarowa 5 |
| c. Kod pocztowy: | 51-149 |
| d. Miejscowość: | Wrocław |
| e. Województwo: | dolnośląskie |

3. Cena oferty wybranej: **203 918,00 zł**

Uzasadnienie:

oferta zgodna ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie **badania histopatologicznych** - 09/12/EO”- (cena 100%)

Sąd Konkursowy:

Mgr Anna Ruszczak *Anna Ruszczak*
Naczelnny Lekarz Szpitala

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

Mgr Justyna Koprucka *mgr Justyna Koprucka*
Specjalista

Zatwierdzam:

z upoważnienia
Dyrektora Szpitala
P Bogacz
mgr Piotr Bogacz
Dyrektor Szpitala
ds. Ekonomicznych i Eksploatacyjnych