

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* |

Najkorzystniejsze oferty w zakresie poszczególnych pakietów:

Wybór oferty

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

Pakiet nr 1

2. Przyjmujący Zamówienie

- | | |
|------------------|---------------------------------------|
| a. Nazwa: | Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu |
| b. Adres: | Ul. M. Curie- Skłodowskiej 9 |
| c. Kod pocztowy: | 41-800 |
| d. Miejscowość: | Zabrze |
| e. Województwo: | śląskie |

3. Cena oferty wybranej: **36 600,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

Pakiet nr 2

2. Przyjmujący Zamówienie

- | | |
|------------------|---|
| a. Nazwa: | Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów. |
| b. Adres: | Ul. Szamarzewskiego 62 |
| c. Kod pocztowy: | 60-569 |
| d. Miejscowość: | Poznań |
| e. Województwo: | wielkopolskie |

3. Cena oferty wybranej: **364 310,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej, (jeśli dotyczy):

Pakiet nr 3

2. Przyjmujący Zamówienie

- | | |
|------------------|---|
| a. Nazwa: | Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów. |
| b. Adres: | Ul. Szamarzewskiego 62 |
| c. Kod pocztowy: | 60-569 |
| d. Miejscowość: | Poznań |
| e. Województwo: | wielkopolskie |

3. Cena oferty wybranej: **7 500,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej,
(jeśli dotyczy): **Pakiet nr 4**

2. Przyjmujący Zamówienie

a. Nazwa: Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Poznaniu
b. Adres: Ul. Noskowskiego 23
c. Kod pocztowy: 61-705
d. Miejscowość: Poznań
e. Województwo: wielkopolskie

3. Cena oferty wybranej: **152 255,10 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej,
(jeśli dotyczy): **Pakiet nr 5**

2. Przyjmujący Zamówienie

a. Nazwa: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
b. Adres: Ul. Marcelińska 44
c. Kod pocztowy: 60-354
d. Miejscowość: Poznań
e. Województwo: wielkopolskie

3. Cena oferty wybranej: **49 600,00 zł**

1. Oznaczenie oferty częściowej,
(jeśli dotyczy): **Pakiet nr 7**

2. Przyjmujący Zamówienie

a. Nazwa: Zakład Diagnostyki Medycznej „LABO- MED.” Sp. z o.o.
b. Adres: Os. Pod Lipami paw. 101
c. Kod pocztowy: 61-628
d. Miejscowość: Poznań
e. Województwo: wielkopolskie

3. Cena oferty wybranej: **5960,00 zł**

Naczelnny Lekarz Szpitala

Sąd Konkursowy:

dr med. Szczepan Cofta.....
Dr med. Szczepan Cofta

dr n. przyr. Maria Zozulińska.....
Maria Zozulińska

mgr Justyna Koprucka.....
mgr Justyna Koprucka

Specjalista

mgr Justyna Koprucka

Dyrektor Szpitala

Zatwierdzam: *lek. med. Jan Talaga*

Dyrektor Szpitala

DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
KIEROWNIK LABORATORIUM NR 1
tel. 61 854 91 38
dr n. przyr. MARIA ZOZULIŃSKA
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista analizy klinicznej
i laboratoryjnej hematologii medycznej
1789