



Unia Europejska

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, 2985 Luxembourg, Luksemburg

Faks: +352 29 29 42 670

E-mail: ojs@publications.europa.eu

Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia

(Dyrektywa 2004/18/WE)

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa, adresy i punkty kontaktowe:

Oficjalna nazwa: [Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Krajo](#) Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*
[Zdrowotnej w Krasnymstawie](#)

Adres pocztowy: [ul. M. Sobieskiego 4](#)

Miejscowość: [Krasnystaw](#)

Kod pocztowy: [22-300](#)

Państwo: [Polska \(PL\)](#)

Punkt kontaktowy:

Tel.: [+48 825431522](#)

Osoba do kontaktów: [Elżbieta Zawisłak-Walczuk](#)

E-mail: sekretariat@spzozkrasnystaw.pl

Faks: [+48 825764901](#)

Adresy internetowe: *(jeżeli dotyczy)*

Ogólny adres instytucji zamawiającej: *(URL)* www.spzozkrasnystaw.pl

Adres profilu nabywcy: *(URL)*

Dostęp elektroniczny do dokumentów: *(URL)*

Elektroniczne składanie kandydatur i wniosków o dopuszczenie do udziału: *(URL)*

I.2) Rodzaj instytucji zamawiającej

- ☐ Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne
- ☐ Agencja/urząd krajowy lub federalny
- ☐ Organ władzy regionalnej lub lokalnej
- ☐ Agencja/urząd regionalny lub lokalny
- ☐ Podmiot prawa publicznego
- ☐ Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa
- ☒ Inna: *(proszę określić)*
[jednostka samorządu terytorialnego](#)

I.3) Główny przedmiot lub przedmioty działalności

- ☐ Ogólne usługi publiczne
- ☐ Obrona
- ☐ Porządek i bezpieczeństwo publiczne
- ☐ Środowisko
- ☐ Sprawy gospodarcze i finansowe
- ☒ Zdrowie
- ☐ Budownictwo i obiekty komunalne

- ☐ Ochrona socjalna
- ☐ Rekreacja, kultura i religia
- ☐ Edukacja
- ☐ Inny: *(proszę określić)*

I.4) Udzielenie zamówienia w imieniu innych instytucji zamawiających

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

☐ tak ☒ nie

więcej informacji o tych instytucjach zamawiających można podać w załączniku A

Sekcja II: Przedmiot zamówienia

II.1) Opis

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu:

Dostawa produktów leczniczych

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług:

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Roboty budowlane | ☒ Dostawy | ☐ Usługi |
| ☐ Wykonanie | ☐ Kupno | Kategoria usług: nr: |
| ☐ Zaprojektowanie i wykonanie | ☐ Dzierżawa | Zob. kategorie usług w załączniku C1 |
| ☐ Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą | ☐ Najem | W przypadku zamówień na usługi kategorii 17-27 – zob. załącznik C1 – czy zgadzają się Państwo na publikację niniejszego ogłoszenia? |
| | ☐ Leasing | |
| | ☐ Połączenie powyższych form | |

Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług :

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw

Kod NUTS:

II.1.3) Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

- ☐ Ogłoszenie dotyczy zawarcia umowy ramowej
- ☐ Ogłoszenie dotyczy zamówienia (zamówień) w ramach dynamicznego systemu zakupów (DPS)

II.1.4) Krótki opis zamówienia lub zakupu:

Dostawa produktów leczniczych do Apteki Szpitalnej - 187 pakietów asortymentowych

II.1.5) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

II.1.6) Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA): ☐ tak ☒ nie

II.2) Całkowita końcowa wartość zamówienia (zamówień):

II.2.1) Całkowita końcowa wartość zamówienia (zamówień):

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Wartość: Waluta: albo:	☐	☐	wg stawki
Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	☐	☐	wg stawki

Sekcja IV: Procedura

IV.1) Rodzaj procedury

IV.1.1) Rodzaj procedury

- ☒ Otwarta
- ☐ Ograniczona
- ☐ Ograniczona przyspieszona
- ☐ Dialog konkurencyjny
- ☐ Negocjacyjna z uprzednim ogłoszeniem
- ☐ Negocjacyjna przyspieszona
- ☐ Negocjacyjna bez uprzedniego ogłoszenia
- ☐ Udzielenie zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (w przypadkach wymienionych w sekcji 2 w załączniku D1)
- Uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U.. UE): proszę wypełnić załącznik D1

IV.2) Kryteria udzielenia zamówienia

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia

- ☐ Najniższa cena
albo
- ☒ Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

Kryteria	Waga
1 . Cena	95
2 . Termin dostaw częściowych	5

IV.2.2) Informacje na temat aukcji elektronicznej

Wykorzystano aukcję elektroniczną ☐ tak ☒ nie

IV.3) Informacje administracyjne

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą: (jeżeli dotyczy)

OR-ZP/230-5/2015

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia:

☒ tak ☐ nie

(jeżeli tak, proszę zaznaczyć właściwe pola)

☐ Wstępne ogłoszenie informacyjne ☐ Ogłoszenie o profilu nabywcy

Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

☒ Ogłoszenie o zamówieniu ☐ Uprozczone ogłoszenie o zamówieniu w ramach dynamicznego systemu zakupów

Numer ogłoszenia w Dz.U.: 2015/S 044-075953 z dnia: 04/03/2015 (dd/mm/rrrr)

☐ Ogłoszenie o dobrowolnej przejrzystości ex ante

Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

☐ Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)

Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 1 Część nr: 1 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SANOFI – AVENTIS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Bonifraterska 17

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-203

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 400196.53			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 2 Część nr: 2 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 23329.57			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 3 Część nr: 3 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: ANPHARM Przedsiębiorstwo
Farmaceutyczne SA i Servier Polska Services Sp. z
o.o.

Adres pocztowy: ul. Annopol 6B

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 03-236

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 10378.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 4 Część nr: 4 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: ASPEN PHARMA
Ireland Limited One George's Quay Plaza i NETTLE
PHARMA SERVICES Sp. z o.o.

Adres pocztowy: Dublin 2

Miejscowość: Dublin

Kod pocztowy:

Państwo: Irlandia (IE)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 34259.51			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 5 Część nr: 5 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 730103.27			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 6 Część nr: 6 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 365.69			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 7 Część nr: 7 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BIALMED Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. M. Konopnickiej 11a

Miejscowość: Biała Piska

Kod pocztowy: 12-230

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 8475.84			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 8 Część nr: 8 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 75978.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 9 Część nr: 9 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 846.72			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 10 Część nr: 10 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1091.12			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 11 Część nr: 11 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 9624.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 12 Część nr: 12 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 11926.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 13 Część nr: 13 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 31331.25			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 14 Część nr: 14 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1092.82			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 15 Część nr: 15 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 11656.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 16 Część nr: 16 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: Katowice

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 347.12			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 17 Część nr: 17 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 6

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: ASCLEPIOS S.A.

Adres pocztowy: ul. Hubska 44

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 50-502

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 17744.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 18 Część nr: 18 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: GSK SERVICES Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Grunwaldzka 189

Miejscowość: Poznań

Kod pocztowy: 60-322

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 891.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 19 Część nr: 19 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: GSK SERVICES Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Grunwaldzka 189

Miejscowość: Poznań

Kod pocztowy: 60-322

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 896.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 20 Część nr: 20 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: Katowice

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1298.81			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 21 Część nr: 21 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 33059.88			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 22 Część nr: 22 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2242.62			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 23 Część nr: 23 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2729.38			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 24 Część nr: 24 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PPHU SPECJAŁ Sp. z o.o. Hurtownia Farmaceutyczna

Adres pocztowy: ul. B. Żeleńskiego 5

Miejscowość: Rzeszów

Kod pocztowy: 35-105

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 11699.64			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 25 Część nr: 25 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PPHU SPECJAŁ Sp. z o.o. Hurtownia Farmaceutyczna

Adres pocztowy: ul. B. Żeleńskiego 5

Miejscowość: Rzeszów

Kod pocztowy: 35-105

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 51800.26			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 26 Część nr: 26 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 158126.47			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 27 Część nr: 27 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 392.04			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 28 Część nr: 28 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613 Wrocław

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 12623.04			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 29 Część nr: 29 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 12307.03			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 30 Część nr: 30 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 17184.42			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 31 Część nr: 31 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1572.48			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 32 Część nr: 32 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3323.70			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 33 Część nr: 33 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BIALMED Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. M. Konopnickiej 11a

Miejscowość: Biała Piska

Kod pocztowy: 12-230

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3679.56			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 34 Część nr: 34 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5077.62			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 35 Część nr: 35 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1777.25			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 36 Część nr: 36 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF Urtica Sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 13210.34			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 37 Część nr: 37 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 367.84			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 38 Część nr: 38 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BIALMED Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. M. Konopnickiej 11a

Miejscowość: Biała Piska

Kod pocztowy: 12-230

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 106163.72			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 39 Część nr: 40 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1448.93			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 40 Część nr: 41 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3593.16			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 41 Część nr: 42 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1250.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 42 Część nr: 43 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1192.32			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 43 Część nr: 45 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3214.08			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 44 Część nr: 46 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 10605.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 45 Część nr: 47 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 470.45			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 46 Część nr: 48 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: LEK S.A. i MAGELLAN S.A.

Adres pocztowy: ul. Podlipie 16

Miejscowość: Stryków

Kod pocztowy: 95-010

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 46461.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 47 Część nr: 49 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1185.84			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 48 Część nr: 50 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1794.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 49 Część nr: 51 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 829.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 50 Część nr: 52 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3200.58			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 51 Część nr: 53 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: LEK SA i MAGELLAN SA

Adres pocztowy: ul. Podlipie 16

Miejscowość: Stryków

Kod pocztowy: 95-010

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1304.38			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 52 Część nr: 55 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: POLYMED POLSKA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Warszawska 320A

Miejscowość: Stare Babice

Kod pocztowy: 05-082

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2428.38			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 53 Część nr: 56 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4638.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 54 Część nr: 57 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1892.16			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 55 Część nr: 58 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 6283.01			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 56 Część nr: 59 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 20872.08			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 57 Część nr: 60 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2434.10			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 58 Część nr: 61 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 462.02			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 59 Część nr: 62 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 947.38			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 60 Część nr: 63 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 626.94			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 61 Część nr: 64 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: INTRA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Odrowąża 11

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 03-310

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 13608.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 62 Część nr: 65 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: MIP PHARMA POLSKA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Orzechowa 5

Miejscowość: Gdańsk

Kod pocztowy: 80-175

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3342.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 63 Część nr: 66 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 6215.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 64 Część nr: 67 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 726.08			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 65 Część nr: 68 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 7776.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 66 Część nr: 69 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 326.59			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 67 Część nr: 70 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 279.29			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 68 Część nr: 71 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 813.24			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 69 Część nr: 72 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3236.76			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 70 Część nr: 73 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 642.17			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 71 Część nr: 74 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1676.16			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 72 Część nr: 75 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1371.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 73 Część nr: 76 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SANOFI-AVENTIS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Bonifraterska 17

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-203

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 399.98			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 74 Część nr: 77 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1774.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 75 Część nr: 78 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1134.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 76 Część nr: 79 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 23328.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 77 Część nr: 80 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 9730.37			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 78 Część nr: 81 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BIALMED Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. M. Konopnickiej 11a

Miejscowość: Biała Piska

Kod pocztowy: 12-230

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3974.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 79 Część nr: 82 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 571.32			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 80 Część nr: 83 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2526.82			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 81 Część nr: 84 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 13063.68			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 82 Część nr: 85 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 13261.32			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 83 Część nr: 86 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: AESCULAP CHIFA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Tysiąclecia 14

Miejscowość: Nowy Tomyśl

Kod pocztowy: 64-300

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2754.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 84 Część nr: 87 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2826.90			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 85 Część nr: 88 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FRESNIUS MEDICAL CARE
POLSKA SA

Adres pocztowy: ul. Krzywa 13

Miejscowość: Poznań

Kod pocztowy: 60-118

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1252.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 86 Część nr: 89 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1760.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 87 Część nr: 90 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 11344.32			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 88 Część nr: 91 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1959.55			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 89 Część nr: 92 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BIALMED Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. M. Konopnickiej 11a

Miejscowość: Biała Piska

Kod pocztowy: 12-230

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 578.99			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 90 Część nr: 93 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 441.72			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 91 Część nr: 94 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 653.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 92 Część nr: 95 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1828.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 93 Część nr: 96 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1674.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 94 Część nr: 97 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2177.28			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 95 Część nr: 98 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3991.68			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 96 Część nr: 99 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3831.84			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 97 Część nr: 100 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1858.95			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 98 Część nr: 102 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1414.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 99 Część nr: 103 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PROFARM PS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Słoneczna 96

Miejscowość: Stara Iwiczna

Kod pocztowy: 05-500

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5572.80			8.00
Waluta: EUR			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 100 Część nr: 104 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 37859.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 101 Część nr: 105 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: INTRA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Odrowąża 11

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 03-310

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 514.94			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 102 Część nr: 106 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1094.15			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 103 Część nr: 107 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 12138.85			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 104 Część nr: 108 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2080.73			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 105 Część nr: 110 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BAXTER POLSKA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Kruczkowskiego 8

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-380

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 102060.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 106 Część nr: 111 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3968.09			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 107 Część nr: 112 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: ASCLEPIOS S.A.

Adres pocztowy: ul. Hubska 44

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 50-502

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1134.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 108 Część nr: 114 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SANOFI-AVENTIS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Bonifraterska 17

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-203

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3219.91			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 109 Część nr: 115 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3413.65			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 110 Część nr: 116 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5421.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 111 Część nr: 117 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FAMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 936.36			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 112 Część nr: 118 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: GSK SERVICES Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Grunwaldzka 189

Miejscowość: Poznań

Kod pocztowy: 60-322

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2008.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 113 Część nr: 120 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: LEK SA i MAGELLAN SA

Adres pocztowy: ul. Podlipie 16

Miejscowość: Stryków

Kod pocztowy: 95-010

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 10674.72			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 114 Część nr: 121 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 543.02			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 115 Część nr: 122 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 7200.25			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 116 Część nr: 123 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2021.76			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 117 Część nr: 124 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 734.83			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 118 Część nr: 125 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA sp. z o.o. i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 17461.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 119 Część nr: 126 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4600.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 120 Część nr: 127 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5652.45			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 121 Część nr: 128 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1296.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 122 Część nr: 129 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 62542.80			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 123 Część nr: 130 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 427.68			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 124 Część nr: 133 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1794.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 125 Część nr: 134 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 306.72			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 126 Część nr: 135 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3711.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 127 Część nr: 136 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5952.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 128 Część nr: 137 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PROFARM PS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Słoneczna 96

Miejscowość: Stara Iwiczna

Kod pocztowy: 05-500

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 556.20			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 129 Część nr: 138 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2667.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 130 Część nr: 139 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: DELFARMA Sp. z o.o. i
MEGELLAN S.A.

Adres pocztowy: ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 111

Miejscowość: Łódź

Kod pocztowy: 91-222

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4892.40			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 131 Część nr: 141 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 435.24			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 132 Część nr: 142 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3301.24			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 133 Część nr: 143 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1796.04			8.00
Waluta: EUR			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 134 Część nr: 145 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 287.28			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 135 Część nr: 146 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1402.92			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 136 Część nr: 147 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3470.69			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 137 Część nr: 148 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2854.44			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 138 Część nr: 149 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 980.64			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 139 Część nr: 150 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 12383.28			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 140 Część nr: 151 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 259.20			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 141 Część nr: 152 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2969.46			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 142 Część nr: 154 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: ASCLEPIOS S.A.

Adres pocztowy: ul. Hubska 44

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 50-502

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4439.61			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 143 Część nr: 155 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1167.48			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 144 Część nr: 156 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4203.36			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 145 Część nr: 157 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 475.52			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 146 Część nr: 158 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: AESCULAP CHIFA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Tysiąclecia 14

Miejscowość: Nowy Tomyśl

Kod pocztowy: 64-300

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 14256.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 147 Część nr: 160 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 33047.35			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 148 Część nr: 161 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 677.70			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 149 Część nr: 162 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2217.69			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 150 Część nr: 163 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 245.38			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 151 Część nr: 164 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4732.56			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 152 Część nr: 165 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 372.92			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 153 Część nr: 166 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 70547.11			2.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 154 Część nr: 167 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 553.50			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 155 Część nr: 168 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 621.92			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 156 Część nr: 169 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PROFARM PS Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Słoneczna 96

Miejscowość: Stara Iwiczna

Kod pocztowy: 05-500

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 7776.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 157 Część nr: 170 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 492.16			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 158 Część nr: 172 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 489.89			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 159 Część nr: 174 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 552.96			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 160 Część nr: 175 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: MIP PHARMA POLSKA Sp. z o.o.

Adres pocztowy: Orzechowa 5

Miejscowość: Gdańsk

Kod pocztowy: 80-175

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 21600.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 161 Część nr: 176 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 1879.20			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 162 Część nr: 177 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: DELFARMA Sp. z o.o. i
MAGELLAN S.A.

Adres pocztowy: ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 111

Miejscowość: Łódź

Kod pocztowy: 91-222

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 3369.60			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 163 Część nr: 178 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: TRIDENT MED. S.c.

Adres pocztowy: ul. Nowy Świat 60/13

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-357

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 864.00			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 164 Część nr: 179 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS INTERNATIONAL Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 2390.26			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 165 Część nr: 181 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Konsorcjum: PGF URTICA Sp. z o.o.
i PGF S.A.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 91079.77			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 166 Część nr: 182 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: ABBVIE Sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Postępu 21B

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 145249.90			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 167 Część nr: 183 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5159.70			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 168 Część nr: 185 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 5143.91			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 169 Część nr: 186 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 4108.32			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: 170 Część nr: 187 Nazwa: Dostawa produktów leczniczych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

25/05/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.

Adres pocztowy: ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)	☐	☐	wg stawki
Wartość:			
Waluta:			
Całkowita końcowa wartość zamówienia	☐	☒	wg stawki
Wartość: 9454.03			8.00
Waluta: PLN			
albo:			
Najniższa oferta: i	☐	☐	wg stawki
najwyższa oferta:			
Waluta:			
brana pod uwagę			

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: albo liczbę miesięcy: 12

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia ☐ tak ☒ nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zlecone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: ☐ Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zlecone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Informacje o funduszach Unii Europejskiej:

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej ☐ tak ☒ nie
(jeżeli tak) Podać odniesienie do projektu (projektów) i/lub programu (programów):

VI.2) Informacje dodatkowe: (jeżeli dotyczy)

VI.3) Procedury odwoławcze

VI.3.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Oficjalna nazwa [Urząd Zamówień Publicznych](#)

Adres pocztowy
[ul. Postępu 17a](#)

Miejscowość [Warszawa](#)

Kod pocztowy [02-676](#)

Państwo [Polska \(PL\)](#)

Tel.

E-mail

Faks

Adres internetowy URL

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa

Adres pocztowy

Miejscowość

Kod pocztowy

Państwo

Tel.

E-mail

Faks

Adres internetowy URL

VI.3.2) Składanie odwołań (proszę wypełnić pkt VI.3.2 lub, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.3.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań

VI.3.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa [Krajowa Izba Odwoławcza](#)

Adres pocztowy
[ul. Postępu 17a](#)

Miejscowość [Warszawa](#)

Kod pocztowy [02-676](#)

Państwo [Polska \(PL\)](#)

Tel.

E-mail

Faks

Adres internetowy [URL](#)

VI.4) Data wysłania niniejszego ogłoszenia:

[25/06/2015](#) (dd/mm/rrrr) - ID:2015-084208

Załącznik A
Dodatkowe adresy i punkty kontaktowe

I.0) Adres innej instytucji zamawiającej, w imieniu której dokonuje zakupu instytucja zamawiająca:

Oficjalna nazwa: Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Państwo:

----- *(Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne)* -----

Załącznik C1 – Zamówienia ogólne
Kategorie usług, o których mowa w sekcji II Przedmiot zamówienia
Dyrektywa 2004/18/WE

Kategoria nr [1]	Przedmiot
1	Usługi konserwacyjne i naprawcze
2	Usługi transportu lądowego [2] ,w tym usługi samochodów opancerzonych oraz usługi kurierskie, z wyjątkiem przewozu poczty
3	Usługi transportu lotniczego pasażerów i towarów, z wyjątkiem transportu poczty
4	Transport poczty drogą lądową [3] i lotniczą
5	Usługi telekomunikacyjne
6	Usługi finansowe: a) Usługi ubezpieczeniowe b)Usługi bankowe i inwestycyjne [4]
7	Usługi komputerowe i usługi z nimi związane
8	Usługi badawcze i rozwojowe [5]
9	Usługi w zakresie księgowości, audytu oraz prowadzenia ksiąg rachunkowych
10	Usługi badania rynku i opinii publicznej
11	Usługi konsultacyjne w zakresie zarządzania [6] i usługi z nimi związane
12	Usługi architektoniczne, inżynieryjne i zintegrowane usługi inżynieryjne; usługi urbanistyczne, architektury krajobrazu, związane z nimi usługi konsultacji naukowych i technicznych; usługi badań i analiz technicznych
13	Usługi reklamowe
14	Usługi sprzątania budynków i usługi zarządzania mieniem
15	Usługi w zakresie publikowania i drukowania wykonywane z tytułu wynagrodzenia lub umowy
16	Usługi w dziedzinie odprowadzania ścieków i wywozu nieczystości; usługi sanitarne i podobne
Kategoria nr [7]	Przedmiot
17	Usługi hotelarskie i restauracyjne
18	Usługi transportu kolejowego
19	Usługi transportu wodnego
20	Dodatkowe i pomocnicze usługi transportowe
21	Usługi prawnicze
22	Usługi rekrutacji i pozyskiwania personelu [8]
23	Usługi detektywistyczne i ochroniarskie z wyjątkiem usług samochodów opancerzonych
24	Usługi edukacyjne i szkoleniowe
25	Usługi społeczne i zdrowotne
26	Usługi rekreacyjne, kulturalne oraz sportowe [9]
27	Inne usługi

1 Kategorie usług w rozumieniu art. 20 i załącznika IIA do dyrektywy 2004/18/WE.

2 Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

3 Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

4 Z wyjątkiem usług finansowych związanych z wystawianiem, sprzedażą, zakupem lub transferem papierów wartościowych albo innych instrumentów finansowych oraz usług banku centralnego. Również wyłączone: usługi obejmujące nabycie, najem lub dzierżawę – bez względu na sposób finansowania – gruntów, istniejących

budynków lub innych nieruchomości, albo dotyczące praw do nich. Niemniej jednak przepisom dyrektywy podlegają umowy o świadczenie usług finansowych zawarte, w dowolnej formie, równocześnie, przed lub po zawarciu umowy nabycia, najmu lub dzierżawy.

5 Z wyjątkiem usług dotyczących badań i rozwoju innych niż takie, gdzie korzyści czerpie wyłącznie instytucja zamawiająca w celu wykorzystania ich we własnej działalności, pod warunkiem że świadczona usługa została w pełni wynagrodzona przez instytucję zamawiającą.

6 Z wyjątkiem usług arbitrażowych i koncyliacyjnych.

7 Kategorie usług w rozumieniu art. 21 i załącznika IIB do dyrektywy 2004/18/WE.

8 Z wyjątkiem umów o pracę.

9 Z wyjątkiem umów dotyczących nabycia, opracowania, produkcji i koprodukcji materiałów programowych przez nadawców oraz umów dotyczących czasu emisji.

Załącznik D1 – Zamówienia ogólne
Uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia
o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U.. UE)
Dyrektywa 2004/18/WE

Poniżej proszę podać uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Uzasadnienie to musi być zgodne z wymogami dyrektywy 2004/18/WE.

(W rozumieniu przepisów dyrektywy 89/665/EWG dotyczącej środków odwoławczych termin wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 2f ust. 1 lit. a) tiret pierwsze tej dyrektywy, może zostać skrócony, jeżeli ogłoszenie o udzieleniu zamówienia zawiera uzasadnienie decyzji instytucji zamawiającej o udzieleniu zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Aby skorzystać z możliwości skrócenia terminu, proszę poniżej zaznaczyć właściwe pole (pola) oraz udostępnić dodatkowe informacje.)

1) Uzasadnienie wyboru procedury negocjacyjnej bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dz.U.. UE zgodnie z art. 31 dyrektywy 2004/18/WE

Brak ofert lub brak odpowiednich ofert w odpowiedzi na:

- ☐ procedura otwarta,
- ☐ procedurę ograniczoną.

☐ Produkty będące przedmiotem zamówienia są wytwarzane wyłącznie do celów prac badawczych, eksperymentalnych, naukowych lub rozwojowych, zgodnie z warunkami określonymi w dyrektywie. (wyłącznie dla dostaw)

Roboty budowlane/towary/usługi mogą być zrealizowane lub dostarczone tylko przez określonego oferenta z przyczyn:

- ☐ technicznych,
- ☐ artystycznych,
- ☐ związanych z ochroną wyłącznych praw.

☐ Ze względu na wystąpienie pilnej konieczności spowodowanej wydarzeniami, których instytucja zamawiająca nie mogła przewidzieć oraz zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

☐ Dodatkowe roboty budowlane/dostawy/usługi są zamawiane zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

☐ Nowe roboty budowlane/usługi, będące powtórzeniem robót budowlanych/usług oraz zamówione zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

☐ Zamówienie na usługi udzielone zwycięzcy lub jednemu ze zwycięzców przeprowadzonego konkursu.

☐ Dostawy towarów notowanych i nabywanych na giełdzie towarowej.

Nabycie dostaw na szczególnie korzystnych warunkach:

- ☐ od dostawcy, który ostatecznie likwiduje swoją działalność,
- ☐ od syndyków masy upadłościowej lub likwidatorów, umowa z wierzycielami lub podobna procedura.

☐ Wszystkie oferty przedłożone w odpowiedzi na procedurę otwartą, procedurę ograniczoną lub dialog konkurencyjny były nieprawidłowe lub niemożliwe do przyjęcia. Do procedury negocjacyjnej zostali dopuszczeni wyłącznie oferenci, którzy spełnili kryteria kwalifikacji podmiotowej.

2) Inne uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dz.U.. UE

- ☐ Przedmiotem zamówienia są usługi wymienione w załączniku IIB do dyrektywy.
- ☐ Zamówienie nie wchodzi w zakres stosowania dyrektywy.

Aby skorzystać ze wspomnianej wyżej możliwości skrócenia terminu, oprócz zaznaczenia odpowiedniego pola (odpowiednich pól) powyżej, proszę w jasny i wyczerpujący sposób wyjaśnić, dlaczego udzielenie zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej jest zgodne z przepisami, podając przy tym odpowiednie fakty i, w stosownych przypadkach, konkluzje prawne zgodnie z dyrektywą 2004/18/WE: (maksymalnie 500 słów)