

Oznaczenie sprawy **AS/1/28/19**

**PAKIET NR 1**


Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Cena wykonania przedmiotu zamówienia	Liczba pkt w kryterium cena	Termin płatności w dniach 40%	Liczba pkt. w kryterium termin płatności	Łączna liczba punktów D+F=G	Miejsce
2	Amgen sp. z o.o. ul. Puławska 145 02-715 Warszawa	150 997,01 zł	60,00	60	40,00	100,00	1

**SPECJALISTA**  
d/s zamówień publicznych  
*mgr Donata Łopaczyk*

.....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

## PAKIET NR 2

Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Cena wykonania przedmiotu zamówienia	Liczba pkt w kryterium cena	Termin płatności w dniach 40%	Liczba pkt. w kryterium termin płatności	Łączna liczba punktów D+F=G	Miejsce
3	Lek S.A. ul. Podlipie 16 95-010 Stryków	61 452,00 zł	60,00	60	40,00	100,00	1
4	KONSORCJUM firm Lider:URTICA Sp. z o.o. ul. Krzemieniecka 120 54-613 Wrocław Członek Konsorcjum Polska Grupa Farmaceutyczna S.A. ul. Zbąszyńska 3 91-342 Łódź	63 504,00 zł	58,06	60	40,00	98,06	2
5	Bialmed Sp. z o.o. ul. Kazimierzowska 46/48 lok. 35 02-546 Warszawa	78 246,00 zł	47,12	60	40,00	87,12	3
2	Amgen Sp. z o.o. ul. Puławska 145 02-715 Warszawa	96 120,00 zł	38,36	60	40,00	78,36	4

  
**SPECJALISTA**  
 d/s zamówień publicznych  
 ..... mgr Donata Łopaczyk .....  
 (poupis osoby sporządzającej protokół)

**PAKIET NR 3**

Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Cena wykonania przedmiotu zamówienia	Liczba pkt w kryterium cena	Termin płatności w dniach 40%	Liczba pkt. w kryterium termin płatności	Łączna liczba punktów D+F=G	Miejsce
4	<b>KONSORCJUM firm</b> <b>Lider:URTICA Sp. z o.o.</b> <b>ul. Krzemieniecka 120</b> <b>54-613 Wrocław</b> <b>Członek Konsorcjum</b> <b>Polska Grupa Farmaceutyczna S.A.</b> <b>ul. Zbąszyńska 3</b> <b>91-342 Łódź</b>	48 211,20	60,00	60	40,00	100,00	1


**SPECJALISTA**  
d/s zamówień publicznych  
*mgr Donata Łopaczyk*

.....  
 (podpis osoby sporządzającej protokół)

Oznaczenie sprawy **AS/1/28/19**

**PAKIET NR 4**

Nr oferty	Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres wykonawcy	Cena wykonania przedmiotu zamówienia	Liczba pkt w kryterium cena	Termin płatności w dniach 40%	Liczba pkt. w kryterium termin płatności	Łączna liczba punktów D+F=G	Miejsce
1	<b>ASTELLAS PHARMA SP. Z O.O.</b> ul. Osmańska 14 02-823 Warszawa	241 516,90 zł	60,00	60	40,00	100,00	1

**SPECJALISTA**  
d/s zamówień publicznych  
  
.... mgr Donata Łopaczyk .....  
(podpis osoby sporządzającej protokół)