**Świętokrzyskie Centrum Onkologii**

**ul. Artwińskiego 3**

**25-734 Kielce**

Oznaczenie sprawy: **IZP.2411.93.2024.AM**

Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w terminie

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer oferty** | **Nazwa (firma) i adres wykonawcy** | **Cena zł netto/brutto** | **Termin uzupełnienia depozytu** | **Termin płatności** |
| 1 | **VITACO SPÓŁKA ZO OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** ul. Domaniewska 44 02-672 Warszawa woj. mazowieckie NIP: 5130148063 | 466 667,20504 000,58 | 48 godzin od dnia przesłania raportu/protokołu zużycia | 60 dniod daty wystawienia faktury |