Kielce, dn. 27.09.2024 r.

**Świętokrzyskie Centrum Onkologii**

**ul. Artwińskiego 3**

**25-734 Kielce**

Oznaczenie sprawy: **IZP.2411.217.2024.AM**

Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w terminie

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer oferty** | **Nazwa (firma) i adres wykonawcy** | **Cena zł netto/brutto zł** | **Termin płatności** |
| 1 | Promega GmbH  ul. Gutenbergring 10  69190 Walldorf  Niemcy  NIP DE 178007190 | 351 016,27  351 016,27 | 30 dni  od daty wystawienia faktury |