

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu  
26-500 Szydłowiec, ul. Wschodnia 23  
tel. 48 6170300, fax 48 6170980  
Reg. 670129870 NIP 799 17 25 818  
Pieczęć zamawiającego

**Streszczenie oceny i porównania złożonych ofert**

| Numer oferty | Liczba pkt w kryterium<br><b>Cena</b> | Liczba pkt w kryterium<br><b>Parametr punktowy nr 1<br/>Termin płatności</b> | Liczba pkt w kryterium<br><b>Parametr punktowy nr 2<br/>Stały upust cenowy</b> |       |       | Razem          |
|--------------|---------------------------------------|--|--|-------|-------|----------------|
| <b>1.</b>    | <b>180 pkt</b>                        | <b>60 pkt</b>  | <b>60 pkt</b>  | _____ | _____ | <b>300 pkt</b> |
| <hr/>        |                                       |  |  |       |       |                |
| <hr/>        |                                       |  |  |       |       |                |
| <hr/>        |                                       |  |  |       |       |                |
| <hr/>        |                                       |  |  |       |       |                |

**Joanna Turek**  
(podpis osoby sporządzającej protokół)

04.11.2022

.....  
(data i podpis kierownika zamawiającego  
lub osoby upoważnionej)