Pieczęć zamawiającego

oznaczenie sprawy AZP 241-190/19

Kielce dn. 09.01.2020 r.

# Zbiorcze zestawienie ofert złożonych w terminie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer oferty** | **Nazwa (firma) i adres wykonawcy** | **Cena** **netto zł. brutto zł**  |
| 1 | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach, ul. Karola Olszewskiego 2A, 25-63 Kielce | Netto 149.000,00 złBrutto 149.000,00 zł |

Zamawiający informuje, że kwota jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia wynosi: 165.000,00 PLN.