Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Tel: 012 658-20-11; fax 012 658-10-81

Regon 351375886 NIP 679-252-57-95

Kraków, 08.01.2016

EZP-271-2/187/2015/p-3

Dotyczy: *przetargu nieograniczonego* na dostawę produktów leczniczych dla Apteki -14 grup znak sprawy: EZP-271-2/187/2015 pismo 3

W związku z zapytaniami, Zamawiający wyjaśnia:

Pytanie 1

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie z grupy 13 pozycji nr 13 tj. Fentanylum, amp. 0,1mg/2ml x 50 – roztwór do wstrzykiwań, i utworzenie nowej grupy

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę i tworzy GRUPĘ 16**

Pytanie 2

Czy Zamawiający zgodzi się na zaproponowanie w pakiecie 13 pozycja 15 leku Plofed 1% 20 ml x 5 fiolek emulsja do wstrz.dożylnych?

**Odpowiedź: Zamawiający dopuści również**

Pytanie 3

Czy Zamawiający ze względu na potencjalne korzyści finansowe, wyrazi zgodę na wydzielenie z: Grupy 13 pozycji nr 15 (Propofolum 10mg/ml a 20 ml) i utworzenie oddzielnego pakietu dla w/w pozycji, jednocześnie ustanawiając kwotę wadium dla nowo powstałego pakietu.

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę i tworzy GRUPĘ 17**

W związku z utworzeniem Grupy 16 i 17 zmianie ulegają zapisy siwz, aktualne brzmienie:

**pkt. 1.** Opis:  **Dostawa produktów leczniczych 17 grup**

**pkt. 3** Przedmiotem zamówienia jest **dostawa produktów leczniczych 17 grup**

3.3.Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają FORMULARZE CENOWE – załączniki nr 3/1-3/17

pkt. 4 **ZAMAWIAJĄCY DOPUSZCZA SKŁADANIE OFERT CZĘŚCIOWYCH – 17 grup**

**GRUPA 13 – Leki-13 POZYCJI**

**GRUPA 15 – METRONIDAZOLUM**

**GRUPA 16 – FENTANYLUM**

**GRUPA 17 - PROPOFOLUM**

**pkt. 11** Każda składana oferta musi być zabezpieczona w wadium. Wadium na całość zamówienia wynosi **: 13.379,00** **zł słownie: trzynaście tysięcy trzysta siedemdziesiąt dziewięć PLN 00/100**

**Wadium na poszczególne grupy:**

GRUPA 13 **–** 1.380,00 zł słownie: jeden tysiąc trzysta osiemdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 15 - 150,00 zł słownie: sto pięćdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 16 – 70,00 zł słownie: siedemdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 17 – 300,00 zł słownie: trzysta złotych 00/100

**pkt. 14.1**. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie do dnia **01.02.2016r. do godz. 10:45 w** siedzibie Zamawiającego, pokój nr 2H-06b – Sekcja ds. Zamówień Publicznych. Koperta powinna być zamknięta w sposób gwarantujący zachowanie w poufności jej treści oraz zabezpieczający jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Koperta powinna być zaadresowana według poniższego wzoru:

**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie**

**ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków**

oraz oznakowana następująco: **Oferta w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę produktów leczniczych 17 grup GRUPA …….nr EZP-271-2/187/2015**– nie otwierać przed **…………...**2016r. godz. **……….**” **(**wypełnia Wykonawca**)** i opatrzona nazwą oraz dokładnym adresem Wykonawcy.

**Pkt. 14.4** Otwarcie złożonych ofert nastąpi w **01.02.2016r. o godz. 11:00** w siedzibie Zamawiającego pok. 2H-06b

**załącznik nr 1** ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest **dostawa produktów leczniczych 17 grup GRUPA ………. (……………………………)** zgodnie z ofertą z dnia ........................r. która stanowi nieodłączną cześć umowy oraz zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 roku Prawo Farmaceutyczne (tekst jednolity DZ.U.45 poz. 271 z dnia 17.03.2008 r ).

**Załącznik nr 2** – Formularz ofertowy – w załączeniu

**Załącznik 3/13** - Formularz cenowy –GRUPA 13

Zamawiający dodaje załącznik 3/15; 3/16; 3/17 – Formularz cenowy GRUPA 15; GRUPA 16; GRUPA 17

**Obowiązujące terminy:**

**SKŁADANIA OFERT: 01.02.2016r godz. 10:45**

**OTWARCIA OFERT: 01.02.2016r godz. 11:00**

Pozostałe zapisy siwz pozostają bez zmian.

Niniejsze pismo zamieszczone zostaje na stronie internetowej bip.usdk

 Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

 lek. med. Andrzej Bałaga

Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:....................................................................................................................................................................................................................

Siedziba:.....................................................kod...................................ul..............................................................................................................

Województwo:...................................................................

Nr telefonu/fax:....................................................................................................................................................................................................

http:// .................................................... e-mail............................................................................................................................................

NIP:..................................................REGON..........................................................................................................................................................

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

## Zobowiązania Wykonawcy:

* + 1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę produktów leczniczych 17 grup** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi – zał. nr 3/ za cenę brutto:

**GRUPA 1 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 2 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 3 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 4 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 5 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 6 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 7 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 8 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 9 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 10 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 11 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 12 -** ……………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 13 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 14 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 15** - …………………………………………………………………………… zł

**GRUPA 16 -** ….............................................................................. zł

**GRUPA 17** - …………………………………………………………………………… zł

* + 1. Zamówienie będzie realizowane sukcesywnie przez okres: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
		2. Oferowany termin niezmienności cen wynosi …………………………………………………
		3. Termin dostawy do 2 dni roboczych od przyjęcia zamówienia w godzinach dogodnych dla Zamawiającego, dla Grupy 12 termin realizacji zamówienia nie dłuższy niż 10 dni roboczych od przyjęcia zamówienia
		4. Dodatkowe dostawy w trybie „na cito” do 24 godzin od chwili zgłoszenia zapotrzebowania, dla Grupy 12 w jak najkrótszym czasie uzgodnionym z Kierownikiem Apteki Szpitalnej.
		5. Termin płatności za dostarczony towar: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury przelewem na konto bankowe Wykonawcy
		6. Oświadczamy, oferowane produkty lecznicze będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.
		7. Oświadczamy, że oferowane przez nas produkty lecznicze są dopuszczone do obrotu i na zasadach określonych w art. 3 lub 4 lub 4a ustawy prawo farmaceutyczne. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu.
		8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
		9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
		10. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom…………………………………………………………………………….\*\*).
		11. Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zastały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
		12. Oświadczamy, że wybór naszej oferty:
* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

**\*\*)** zaznaczyć właściwe

* + 1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

................................................................................................. zał. nr...................

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

................................................................................................................................

Dane do umowy:

|  |
| --- |
|  **a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy** |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** |
|  |  |
|  |  |
| **b) nr rachunku bankowego, na który realizowana będzie płatność za zrealizowane dostawy** |
|  |  |

* + 1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach ............................................ oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.

*\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.*

*\*\*) niepotrzebne skreślić*

……................., dnia …………… ……………………………………………………………………………………

 (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy )

Załącznik nr 3/13 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna  | Producent |
| 1 | **ACENOCUMAROLI** |  | Tbl. 4 mg x 60 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **BACLOFENUM\*** |  | Tbl. 10 mg x 50 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| Tbl. 25 mg x 50 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **BARIUM SULFURICUM** |  | Zaw. 200ml | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **SULFAMETHOXASOLUM + TRIMETHOPRIMUM** |  | Amp. 480 mg / 5 ml x 10 | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **FLUDROCORTISONE ACETATE + GRAMICIDIN + NEOMYCIN** |  | krople do oczu i uszu a 5 ml | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **FLUCONASOLUM\*** |  | Kps. 50 mg x 7 | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kps. 100 mg x 28 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kps. 200 mg x 14 | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **NATRIUM BICARBONICUM** |  | Amp. 84 mg/ml a 20 ml x 10 – roztwór do wstrzykiwań | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **NATRIUM CHLORATUM** |  | Amp. 9 mg/ml a 5 ml x 100 | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| Amp. 100 mg/ml a 10ml x 100 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **ATROPINUM SULPHURICUM** |  | amp. 0,5 mg / ml x 10 | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **CETIRIZINUM DIHYDROCHLORIDUM** |  | Tbl. 10 mg x 20 | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | **CEFAZOLINUM** |  | Fiol 1 g - proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań iv, im | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **CEFOTAXIMUM** |  | fiol. 1g - proszek do sporządzania r-ru do wstrzykiwań i infuzji | 3500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | **CEFUROXIMUM** |  | Fiol. 1500 mg – proszek do sporządzania r-ru do wstrzykiwań i.v, i.m oraz infuzji | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiol. 750 mg – proszek do sporządzania r-ru do wstrzykiwań i.v, i.m oraz infuzji | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

\*przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w obrębie leku

\*-- zamawiający dopuszcza opakowania zawierające inną ilość niż podana w przeliczeniu do pełnych opakowań w górę

\*-oferta całościowa

…………………………………… ….....................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/15 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna  | Producent |
| 1 | **METRONIDAZOLUM** |  | fl. 500mg/100 ml – r-r do podawania i.v | 2500 |  |  |  |  |  |  |  |

\*-- zamawiający dopuszcza opakowania zawierające inną ilość niż podana w przeliczeniu do pełnych opakowań w górę

…………………………………… ….....................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/16 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 16**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna  | Producent |
| 1 | **FENTANYLUM** |  | Amp. 0,1 mg / 2 ml x 50 – roztwór do wstrzykiwań | 150 |  |  |  |  |  |  |  |

\*-- zamawiający dopuszcza opakowania zawierające inną ilość niż podana w przeliczeniu do pełnych opakowań w górę

…………………………………… ….....................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/17 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa  | Nazwa Oferowanego produktu  | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna  | Producent |
| 1 | **PROPOFOLUM** |  | Amp. 200 mg / 20 ml x 5 – emulsja do wstrzykiwań i emulsji | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |

\*-- zamawiający dopuszcza opakowania zawierające inną ilość niż podana w przeliczeniu do pełnych opakowań w górę

…………………………………… ….....................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)