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, 15.03.2016

EZP-271-2/24/2016/p-1

Dotyczy: *przetargu nieograniczonego* na dostawę produktów leczniczych 9 grup znak sprawy: EZP-271-2/24/2016 pismo 1

Zamawiający zmienia zapisy siwz, aktualne brzmienie:

**pkt. 1.** Opis:  **Dostawa produktów leczniczych 8 grup**

**pkt. 3** Przedmiotem zamówienia jest **dostawa produktów leczniczych 8 grup**

3.2.Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają FORMULARZE CENOWE – załączniki nr 3/1-3/8

pkt. 4 **ZAMAWIAJĄCY DOPUSZCZA SKŁADANIE OFERT CZĘŚCIOWYCH – 8 grup**

**GRUPA 1 - CRISANTASPASE**

**GRUPA 2 –** **CYCLOPHOSPHAMIDUM**

**GRUPA 3 – MERCAPTOPURINUM**

**GRUPA 4 – IFOSFAMIDUM**

**GRUPA 5 –** **RITUXIMABUM**

**GRUPA 6 – VINDESINUM**

**GRUPA 7 – ALDESLEUKIN**

**GRUPA 8 – IDARUBICINUM do podania doustnego**

**pkt. 7.2.** Termin realizacji zamówienia nie dłuższy niż do 2 dni roboczych od przyjęcia pisemnego zamówienia, dla Grupy 6, 7, 8 termin realizacji zamówienia nie dłuższy niż 10 dni roboczych od przyjęcia pisemnego zamówienia.

**pkt. 11** Każda składana oferta musi być zabezpieczona w wadium. Wadium na całość zamówienia wynosi **: 11.790,00** **zł słownie: jedenaście tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt złotych PLN 00/100**

**Wadium na poszczególne grupy:**

GRUPA 1 **–** 7.900,00 zł słownie: siedem tysięcy dziewięćset złotych 00/100

GRUPA 2 – 215,00 zł słownie: dwieście piętnaście złotych 00/100

GRUPA 3- 15,00 zł słownie: piętnaście złotych 00/100

GRUPA 4 **–** 1.300,00 zł słownie: jeden tysiąc trzysta złotych 00/100

GRUPA 5 – 700,00 zł słownie: siedemset złotych00/100

GRUPA 6– 260,00 zł słownie: dwieście sześćdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 7 – 1.200,00 zł słownie: jeden tysiąc dwieście złotych 00/100

GRUPA 8 – 200,00 zł słownie: dwieście złotych 00/100

**pkt. 14.1**. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie do dnia **07.04.2016r. 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 9 grup GRUPA …….nr EZP-271-2/24/2016**– nie otwierać przed **…………...**2016r. godz. **……….**” **(**wypełnia Wykonawca**)** i opatrzona nazwą oraz dokładnym adresem Wykonawcy.

**Pkt. 14.4** Otwarcie złożonych ofert nastąpi w 07.04.2016r. o godz. 11:00 w siedzibie Zamawiającego pok. 2H-06b

**załącznik nr 1** ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest **dostawa produktów leczniczych 8 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 ).

§ 2 pkt. 3

Wykonawca dostarcza towar w opakowaniu fabrycznym zabezpieczającym przedmiot dostawy na czas transportu do magazynu Zamawiającego, transportem Wykonawcy na własny koszt i ryzyko, w terminie do 2 dni roboczych od przyjęcia pisemnego zamówienia, dla Grupy 6, 7, 8 nie dłuższy niż 10 dni roboczych od przyjęcia pisemnego zamówienia w godzinach dogodnych dla Zamawiającego. Jeżeli dostawa wypada w dniu wolnym od pracy lub w sobotę, dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.

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

Poprawione formularze cenowe w załączeniu.

**Zamawiający zmienia termin składania i otwarcie ofert. Nowe terminy:**

**SKŁADANIA OFERT: 07.04.2016r godz. 10:45**

**OTWARCIA OFERT: 07.04.2016r 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 8 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

* + 1. Zamówienie będzie realizowane sukcesywnie przez okres: **12 miesięcy** od daty podpisania umowy.
    2. Oferowany termin niezmienności cen wynosi …………………………………………………
    3. Termin dostawy nie dłuższy niż 2 dni robocze od przyjęcia zamówienia, dla Grupy 6, 7, 8 termin realizacji zamówienia nie dłuższy niż 10 dni roboczych od przyjęcia pisemnego zamówienia w godzinach dogodnych dla Zamawiającego.
    4. Termin płatności za dostarczony towar: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury przelewem na konto bankowe Wykonawcy
    5. Oświadczamy, oferowane produkty lecznicze będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.
    6. 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.
    7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
    8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
    9. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom…………………………………………………………………………….\*\*).
    10. 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.
    11. 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 3/1 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY – GRUPA 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto/op. | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **CRISANTASPASE** |  | fiol. 10.000 j.m. x 5 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |

- wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/2 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **CYCLOPHOSPHAMIDUM** |  | Fiol. 200 mg | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiol. 1000 mg | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

\*przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w obrębie leku

- wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/3 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **MERCAPTOPURINUM** |  | Tbl. 50mg x 30 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |

- wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/4 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **IFOSFAMIDUM\*** |  | Fiol. 1000 mg | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fiol.2000 mg | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Razem: |  |  |  |  |  |  |

\*przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w obrębie leku

wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/5 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **RITUXIMABUM** |  | roztwór 10 mg/ml fiol 100mg/10ml x 2 | 30 |  |  |  |  |  |  |  |

wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/6 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **VINDESINUM** |  | Fiol.5mg | 40 |  |  |  |  |  |  |  |

wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/7 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **ALDESLEUKIN** |  | Fiol. 18 mln. J. m. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |

wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3/8 do siwz

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

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

**FORMULARZ CENOWY - GRUPA 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **IDARUBICINUM do podawania doustnego** |  | Kps. 5 mg x 3 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |

wymagane podanie gęstości dla koncentratów i roztworów – o ile dotyczy

- wymagane podanie masy substancji suchej w fiolce – o ile dotyczy

- wymagane dołączenie Charakterystyki Produktu Leczniczego w wersji elektronicznej (format pdf)

- wymagane zaoferowanie produktu znajdującego się na wykazie leków refundowanych w chemioterapii – o ile dotyczy (kryterium: substancja czynna)

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)