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, 07.07.2016

EZP-271-2/63/2016/p-1

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę produktów leczniczych 14 grup znak sprawy: EZP-271-2/63/2016 pismo 1

W związku z zapytaniami Wykonawców, Zamawiający wyjaśnia:

Pytanie 1

Do treści § 1 ust. 14 i § 2 ust. 2 projektu umowy. Skoro Zamawiający przewiduje dostawy sukcesywne, zgodne z bieżącym zapotrzebowaniem, czyli nie przewiduje konieczności dłuższego przechowywania zamówionych produktów w magazynie apteki szpitalnej, to dlaczego wyznacza warunek 12 miesięcznego okresu ważności zamówionych towarów?. Wskazujemy przy tym, że zgodnie z Prawem farmaceutycznym produkty lecznicze do ostatniego dnia terminu ważności są pełnowartościowe i dopuszczone do obrotu. W związku z powyższym prosimy o skrócenie terminu ważności do 6 m-cy od daty dostawy.

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 2

Do treści § 2 ust. 9 istotnych postanowień umowy prosimy o dodanie słów zgodnych z przesłanką wynikającą z art. 522 k.c.: „ z wyłączeniem powołania się przez Wykonawcę na okoliczności, które zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego uprawniają Sprzedającego do odmowy dostarczenia towaru Kupującemu.”

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 3

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianą zapisów wzoru umowy w § 6 ust. 1 pkt. A) poprzez zapis o ewentualnej karze za odstąpienie od umowy w wysokości 10% wartości NIEZREALIZOWANEJ części przedmiotu umowy?

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 4

Do § 6 ust. 1 pkt. B) projektu umowy. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę zapisu dotyczącego kar umownych za niedostarczenie w terminie zamówionej partii towaru poprzez wprowadzenie zapisu o karze w wysokości 1% dziennie liczonej od wartości nie dostarczonego w terminie zamówienia?

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 5

Do § 6 ust. 1 pkt. C) projektu umowy. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę zapisu dotyczącego kar umownych za niedostarczenie w terminie zamówionej partii towaru podlegającego reklamacji poprzez wprowadzenie zapisu o karze w wysokości 1% dziennie liczonej od wartości nie dostarczonego w terminie zamówienia podlegającego reklamacji?

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 6

Do treści § 11 ust. 2 drugiego myślnika istotnych postanowień umowy prosimy o dodanie słów zgodnych z przesłanką wynikającą z art. 522 k.c.: „ z wyłączeniem powołania się przez Wykonawcę na okoliczności, które zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego uprawniają Sprzedającego do odmowy dostarczenia towaru Kupującemu.”

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

Pytanie 7

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie z grupy 2 pozycji 1 (Rocuronium Bromide) do osobnej grupy, co pozwoli na przystąpienie do nowo utworzonego zadania większej ilości Oferentów, a co za tym idzie uzyskanie niższej cenowo oferty?

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę i wydziela z grupy 2 poz. 1 Rocuronium Bromide i tworzy grupę 15.**

W związku z powyższym zmianie ulegają zapisy siwz i ogłoszenia:

**Opis:** Dostawa produktów leczniczych 15 grup

pkt. 3.1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa produktów leczniczych 15 grup**

**pkt. 3.2.** Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają FORMULARZE CENOWE – załączniki nr 3/1-3/15

**pkt. 4** **ZAMAWIAJĄCY DOPUSZCZA SKŁADANIE OFERT CZĘŚCIOWYCH – 15 grup**

**GRUPA 1 - Leki 67 pozycji**

**GRUPA 2 –** **Leki 3 pozycje**

**GRUPA 3 – ALTEPLASUM**

**GRUPA 4 – AMOXICILLINUM+ACIDUM CLAVULANICUM\***

**GRUPA 5 –** **PIPECURONIUM BROMIDE**

**GRUPA 6 - FLUMAZENIL**

**GRUPA 7 – MEGLUMINI AMIDOTRIZOAS + NATRII AMIDOTRIZOAS**

**GRUPA 8 – ONDANSETRONUM\***

**GRUPA 9 – PROTAMINI SULFAS**

**GRUPA 10 – CEFOPERAZONUM+ SULBACTANUM\***

**GRUPA 11 – CLARITHROMYCINUM**

**GRUPA 12 – LEVETIRACETAMUM**

**GRUPA 13 – ALPROSTADILUM**

**GRUPA 14 – SILDENAFILUM**

**GRUPA 15 – ROCURONIUM BROMIDE**

pkt. 11.1. Każda składana oferta musi być zabezpieczona w wadium. Wadium na całość zamówienia wynosi **: 18 585,00 zł słownie: osiemnaście tysięcy pięćset osiemdziesiąt pięć tysięcy PLN 00/100**

**Wadium na poszczególne grupy:**

GRUPA 1 - 1.000,00 zł słownie: jeden tysiąc złotych 00/100

GRUPA 2 – 7.900,00 zł słownie: siedem tysięcy dziewięćset złotych 00/100

GRUPA 3 – 3.500,00 zł słownie: trzy tysiące pięćset złotych 00/100

GRUPA 4 – 2.600,00 zł słownie: dwa tysiące sześćset złotych 00/100

GRUPA 5 – 350,00 zł słownie: trzysta pięćdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 6 - 35,00 zł słownie: trzydzieści pięć złotych 00/100

GRUPA 7 - 80,00 zł słownie: osiemdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 8 - 480,00 zł słownie: czterysta osiemdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 9 - 250,00 zł słownie: dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 10 - 20,00 zł słownie: dwadzieścia złotych 00/100

GRUPA 11 - 480,00 zł słownie: czterysta osiemdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 12 - 200,00 zł słownie: dwieście złotych 00/100

GRUPA 13 - 890,00 zł słownie: osiemset dziewięćdziesiąt złotych 00/100

GRUPA 14 - 600,00 zł słownie: sześćset złotych 00/100

GRUPA 15 – 200,00 zł słownie: dwieście złotych00/100

pkt. 14.1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie do dnia **01.08.2016r. 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 15 grup GRUPA ……. nr EZP-271-2/63/2016** – nie otwierać przed **…………...**2016r. godz. **……….**” **(**wypełnia Wykonawca**)** i opatrzona nazwą oraz dokładnym adresem Wykonawcy.

pkt. 14.4. **Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu 01.08.2016r. o godz. 11.00 w siedzibie Zamawiającego pok. 2H-06b**

Załączniki – pkt. 3 Formularze cenowe – załączniki nr 3/1 do 3/15

Załącznik 1 do siwz - ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY -§ 1 Przedmiotem umowy jest **dostawa produktów leczniczych 15 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 )

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

**SKŁADANIA OFERT: 01.08.2016r. do godz. 10:45 pok. 2h-06b**

**OTWARCIA OFERT: 01.08.2016r. godz. 11:00 pok. 2h-06b**

Zamawiający poprawia formularz ofertowy, w załączeniu poprawiony formularz ofertowi i poprawione formularze cenowe dla GRUPY 2 i 15

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 15 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

* + 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 dni 2 dni robocze 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\*\*)
	+ 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 3/2 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 | SUGAMMADEX |  | fiol. 100 mg/ml a 2 ml x 10 - r-r do wstrzykiwań | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | POSACONAZOLUM |  | fiol. 300 mg - koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | CASPOFUNGINUM |  | fiol. 50 mg - proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania r-ru do infuzji | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

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

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 | ROCURONIUM BROMIDE |  | Fiol. 50 mg / 5 ml x 10 | 180 |  |  |  |  |  |  |  |

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

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)