Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Znak postępowania ZP/PN/57/2016

Zawiercie, dnia 26 października 2016 r.

ZAMAWIAJĄCY:
Szpital Powiatowy w Zawierciu
ul. Miodowa 14
42-400 Zawiercie
Telefon: 32 67 40 350
Faks: 32 67 21 532
e-mail: inwestycje@szpitalzawiercie.pl

WYKONAWCY

biorący udział w postępowaniu

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164) **ZAMAWIAJĄCY** uprzejmie informuje, że w postępowaniu przetargowym ZP/PN/57/2016 na dostawę pn. ***Dostawa produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu*** do **ZAMAWIAJĄCEGO** złożone zostały wnioski o wyjaśnienie treści *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia* zawierające pytania o niżej wymienionej treści, na które Zamawiający udziela odpowiednio niżej wymienionych wyjaśnień - odpowiedzi:

Pytanie nr 1
dotyczy pkt 3.4.1 oraz 3.4.3 SIWZ
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w Części 7 produktu będącego wyrobem medycznym spełniającym wymogi i wytworzonym zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 ze zm.), dla którego nie są wystawiane *Charakterystyki Produktu Leczniczego* o których mowa w art. 10 ust. 2 pkt.11 i art. 11 Prawa farmaceutycznego?

Odpowiedź na pytanie nr 1
Tak.

Pytanie nr 2
Uprzejmie prosimy o wyjasnienie czy Zamawijący wymaga załączenia wykazu dostaw do oferty czy będzie on wymagamny na wezwanie Zamawiającego od Wykonawcy, którego oferta zostanie oceniona najwyżej?

Odpowiedź na pytanie nr 2
Zamawiający przeprowadzi procedurę wyboru najkorzystniejszej oferty zgodnie z SIWZ tj. w oparciu o zapisy art. 24 aa ustawy Prawo zamówień publicznych.

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Pytanie nr 3
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na odstąpienie od możliwości zamawiania dostaw „na ratunek" w przypadku wyrobów medycznych z Części 7 zważywszy na fakt, że wykorzystywane są one w planowanych zabiegach chirurgicznych i nie zachodzi potrzeba dostarczania ich w tak krótkim czasie?

Odpowiedź na pytanie nr 3
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 4
Czy Zamawiający zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 ze zm.) dopuści oznakowanie opakowań oferowanego w Części 7 produktu sporządzone w języku angielskim?

Odpowiedź na pytanie nr 4
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 5
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmniejszenie kar umownych opisanych w § 17 ust. 1 pkt 1/ Umowy do 5% niezrealizowanej części wynagrodzenia umownego brutto.

Odpowiedź na pytanie nr 5
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 6
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmniejszenie kar umownych opisanych w § 17 ust. 1 pkt 2/ Umowy do 0,1% wartości niezrealizowanego w terminie zamówienia częściowego.

Odpowiedź na pytanie nr 6
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 7
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w Części 7 roztworu błękitu trypanu o stężeniu 0,006% w ampułkostrzykawce 1,0ml, w 1 opakowaniu 1 ampułkostrzykawka?

Odpowiedź na pytanie nr 7
Dopuszcza.

Pytanie nr 8
Czy Zamawiający wyrazi zgodę w części 7 na zaoferowanie roztwór błękitu trypanu o stężeniu 0,06 % do barwienia torebki przedniej w celu uwidocznienia włókien tkanek, ampułko- strzykawki o poj. 1,0 ml. 6 ampułkostrzykawek w 1 opakowaniu
Prosimy o podanie ilości ampułkostrzykawek.

Odpowiedź na pytanie nr 8
Dopuszcza, ilość ampułkostrzykawek 140.

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Pytanie nr 9
(zadanie nr 7) Czy Zamawiający dopuści błękit trypanu 0,055% w ampułkostrzykawkach 0,75ml, opakowanie zawiera 5szt?

Odpowiedź na pytanie nr 9
Dopuszcza.

Pytanie nr 10
Czy Zamawiający dopuści w części 7/pakiecie nr 7 roztwór błękitu trypanu o stężeniu 0,06% zapakowany w ampułkostrzykawki o pojemności 1,0ml, pakowane po 10 szt.?
Pozostałe wymagania bez zmian.

Odpowiedź na pytanie nr 10
Dopuszcza.

Pytanie nr 11
Czy Zamawiający odstąpi dla części 7/pakietu nr 7 od wymogu złożenia przez Wykonawcę zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego zgodnie z punktem 7 ppkt. 1.2 i zgodzi się wmiejsce zezwolenia na złożenie stosownego oświadczenia.
Roztwór błękitu trypanu jest klasyfikowany jako wyrób medyczny.

Odpowiedź na pytanie nr 11
Tak, Zamawiający odstępuje.

Pytanie nr 12
Zadanie nr 7: Czy zamawiający dopuści również błękit trypanu 0,06% rozcieńczony w fizjologicznym roztworze chlorku sodu do barwienia torebki przedniej w celu uwidocznienia włókien tkanek, fiolka o pojemności 1ml, pakowany po 10 fiolek ?Jaką ilość opakowań należy wówczas zaoferować?

Odpowiedź na pytanie nr 12
Dopuszcza, ilość fiolek 140.

Pytanie nr 13
Dot. Pakiet nr 7, poz. 1
Czy Zamawiający dopuszcza do dostawy: Roztwór błękitu trypanu o stężeniu 0,06 % rozcieńczony w izotonicznym buforowanym płynie, do barwienia torebki przedniej w celu uwidocznienia włókien tkanek; ampułko-strzykawki o poj. 1,0 ml; 5 ampułkostrzykawek w 1 opakowaniu zbiorczym.

Odpowiedź na pytanie nr 13
Dopuszcza.

Pytanie nr 14
W związku z zaistniałymi zmianami organizacyjnymi, mającymi na celu poprawę świadczonych usług, informujemy, iż ……. Sp. z o.o. od. 1.09.2016 roku, posiada nowe ramię logistyczne w postaci Firmy …. Sp. z o.o.(ul. …..), która to jedynie pełnoprawnie

może obecnie stawać do postępowań przetargowych. …… Sp. z o.o., w czasie swojej krótkiej działalności nie była w stanie wykonać a zarazem uzyskać wymaganych przez Państwa w pkt. 7.3.1 SIWZ wykazu dostaw i referencji. Czy Zamawiający wyrazi zatem zgodę na przedstawienie stosownego oświadczenia mówiącego o tym, że z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać ww. dokumentów.?

Odpowiedź na pytanie nr 14
Nie zgodnie z SIWZ.
Zmianie ulega Rozdział 7 SIWZ Wykaz ośw/dokum i spełnianiu war. udziału oraz braku podstaw wykluczenia Punkt 3 otrzymuje brzmienie:

3. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego , należy złożyć następujące dokumenty:

3.1. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych dostaw, w okresie ostatnich trzech (3) lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie. Wykaz należy sporządzić zgodnie **z załącznikiem nr 5 do Formularza Ofertowego**

Dowodami, o których mowa powyżej są:

1) poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych dostaw okresowych lub ciągłych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,

2) oświadczenie wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej w podpunkcie 1),

W przypadku, gdy Zamawiający jest podmiotem, na rzecz którego dostawy wskazane w wykazie, zostały wcześniej wykonane, wykonawca nie ma obowiązku przekładania dowodów, o których mowa powyżej.

Pytanie nr 15
Niniejszym zwracamy się z uprzejmą prośbą, o wyłączenie z **Pakietu nr 8, pozycji 7 – Formaldehydum 10% 1kg** – w celu zwiększenia konkurencyjności i obniżenia kosztów pakietu oraz **pozycji 21 - Spir.skaż. Chlorhexydyną 96% -** brak produkcji, brak pozwolenia dopuszczenia do obrotu na terenie RP.

Odpowiedź na pytanie nr 15
Zamawiający zmienia treść Załącznika nr 1.8 do formularza ofertowego, który otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 2 do niniejszych wyjaśnień Zamawiającego.

Pytanie nr 16

Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pakiecie 2 pozycja 15 płynu wieloelektrolitowego fizjologicznego w pełni zbilansowanego, zawierającego jony Na+ - 141 mmol/l, K+ - 5 mmol/l, Ca++ - 2mmol/l, Mg++ - 1 mmol/l, Cl- - 109 mmol/l, Octany - 34 mmol/l, Cytryniany - 3 mmol/l?

W przypadku odpowiedzi odmownej prosimy o wydzielenie tej pozycji do osobnego pakietu.

Odpowiedź na pytanie nr 16
Nie, zgodnie z SIWZ. Z Pakietu 2 Zamawiający wydziela pozycję nr 15, tworząc osobny część 10 zamówienia/pakiet nr 10.

Pytanie nr 17

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie z pakietu 2 pozycji 17-19? Powyższe pozwoli na przystąpienie do pakietu większej ilości Oferentów, a co za tym idzie uzyskanie niższej cenowo oferty?

Odpowiedź na pytanie nr 17
Tak, Zamawiający wydziela z Pakietu 2 pozycje nr 17-19, tworząc osobną część 11 zamówienia /pakiet nr 11.

Pytanie nr 18
Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pakiecie 2 pozycja 15 płynu wieloelektrolitowego izotonicznego, zawierającego jony Ca2+, Cl-poniżej 110 mmol/l, os molarność poniżej 300mOsm/l, buforowanego cytrynianami i octanami Optilyte, spełniającego najnowsze Polskie Wytyczne Okołooperacyjnego Leczenia Płynami opracowane w ramach prac Sekcji Płynoterapii i Hemostazy Polskiego Towarzystwa Anastezjologii Intensywnej Terapii, według których należy: stosować zbilansowane krystaloidów zawierające w swoim składzie wszystkie jony w stosunku zbliżonym do zawartości w osoczu (zawartość jonu chloru poniżej 110mEq/l) oraz os molarności w granicach 280-295 mosm/l?

Odpowiedź na pytanie nr 18
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 19
Pakiet nr 2, poz. 15
Czy Zamawiający w Pakiecie nr 2, pozycja 15 dopuści płyn wieloelektrolitowy o takim samym zastosowaniu klinicznym zawierający jony Na,Cl,K, Mg, ale pozbawiony jonów wapnia (Ca), w opakowaniu typu worek z dwoma portami ?

Odpowiedź na pytanie nr 19
Nie, zgodnie z SIWZ.

Pytanie nr 20
Dot. Pakiet 2, poz. 1-5, 17

Firma ……. Sp. z o.o. z siedzibą w ……., działając na podstawie art. 38 ust.1 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych, zwraca się do Zamawiającego z uprzejmą prośbą o wydzielenie wskazanych powyżej pozycji asortymentowych z Pakietu Nr 2. Pragniemy zwrócić uwagę Zamawiającego, że opis przedmiotu zamówienia w w/w pozycjach asortymentowych wskazuje na konkretne produkty, tylko i wyłącznie jednego producenta. Pozostawienie zadania częściowego w niezmienionej formie spowoduje niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa zmniejszenie konkurencyjności, gdyż ważne oferty mogą złożyć tylko i wyłącznie Wykonawcy (dystrybutorzy) jednego producenta. W sytuacji braku

możliwości złożenia konkurencyjnej oferty z wyrobami innego producenta niż wskazany wymogami opisu przedmiotu zamówienia z całą pewności Zamawiający dokonana zakupu asortymentu w wyższych cenach niż byłoby to możliwe w przypadku dopuszczenia ofert innych producentów. Przedstawiona powyżej sytuacja stanowi rażące naruszenie obowiązujących przepisów w zakresie udzielania zamówień publicznych

Odpowiedź na pytanie nr 20
Tak, Zamawiający wydziela z części 2 zamówienia/pakiet nr 2 pozycję od nr 1-5 tworząc osobną część 12 zamówienia /pakiet nr 12.
Wydzielenie z części 2 zamówienia/pakiet nr 2 pozycji nr 17 zgodnie z wcześniej udzielonymi odpowiedziami.

Odpowiedzi udzielone na pytania zawarte we wnioskach o wyjaśnienie treści *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia* stanowią integralna część *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*.

Zmianie ulega *Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia* oraz *Ogłoszenie o zamówieniu* opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych **327650 - 2016; data zamieszczenia: 20.10.2016** w następującym zakresie:

1. Zmianie ulega Rozdział 3 SIWZ Opis przedmiotu zamówienia, który otrzymuje brzmienie:

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

3.1 Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa leków i produktów farmaceutycznych do Apteki Szpitalnej Szpitala Powiatowego w Zawierciu z podziałem na **12 pakietów/części** wyszczególnione w poniższej tabeli:

Część zamówienia	**Określenie przedmiotu zamówienia**	**Liczba pozycji asortymentowych w Pakiecie**
1	Pakiet nr 1	2
2	Pakiet nr 2	10
3	Pakiet nr 3	2
4	Pakiet nr 4	5
5	Pakiet nr 5	1
6	Pakiet nr 6	1
7	Pakiet nr 7	1
8	Pakiet nr 8	24
9	Pakiet nr 9	1
10	Pakiet nr 10	1
11	Pakiet nr 11	3
12	Pakiet nr 12	5

3.2 Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają *Specyfikacje Formularze Asortymentowo-Cenowe* poszczególnych Pakietów stanowiące załączniki nr 1.1 – 1.12 do formularza ofertowego.

2. Zmianie ulega Rozdział 5 SIWZ Warunki udziału w postępowaniu Punkt 2) lit c. który otrzymuje brzmienie:

c. w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej: W tym zakresie Zamawiający wymaga, aby wykonawcy wykazali, że wykonali lub w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych wykonują w okresie ostatnich trzech (3) lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, co najmniej dwie (2) dostawy trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, obejmującą swym zakresem dostawę produktów leczniczych lub wyrobów farmaceutycznych (w zależności od tego, którego pakietu dotyczy oferta), o rocznej wartości brutto PLN każdej z nich:

Pakiet nr 1	**9000,00**
Pakiet nr 2	**125000,00**
Pakiet nr 3	**2400,00**
Pakiet nr 4	**14000,00**
Pakiet nr 5	**700,00**
Pakiet nr 6	**3500,00**
Pakiet nr 7	**2500,00**
Pakiet nr 8	**34000,00**
Pakiet nr 9	**2100,00**
Pakiet nr 10	**50000,00**
Pakiet nr 11	**20000,00**
Pakiet nr 12	**19000,00**

3. Zmianie ulega treść Załącznika nr 1.7 do formularza ofertowego, który otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 1 do niniejszych wyjaśnień Zamawiającego.

4. Zmianie ulega treść Załącznika nr 1.8 do formularza ofertowego, który otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 2 do niniejszych wyjaśnień Zamawiającego.

5. Zmianie ulega treść Załącznika nr 1.2 do formularza ofertowego, który otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 3 do niniejszych wyjaśnień Zamawiającego.

6. Zamawiający tworzy się osobą część 10 zamówienia / pakiet nr 10, który otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 4 do wyjaśnień Zamawiającego.

7. Zamawiający tworzy się osobą część 11 zamówienia / pakiet nr 11, który otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 5 do wyjaśnień Zamawiającego.

8. Zamawiający tworzy się osobą część 12 zamówienia / pakiet nr 12, który otrzymuje brzmienie, określone w załączniku nr 7 do wyjaśnień Zamawiającego.

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

9. Zmianie ulega treść Rozdziału 13 SIWZ Opis sposobu obliczania ceny Punkt 2 otrzymuje brzmienie:
Zaoferowane przez Wykonawcę wartości (ceny) jednostkowe netto za poszczególne asortymenty dostawy należy wpisać odpowiednio do kolumny 6 *Specyfikacji Asortymentowo–Cenowej* stanowiącej załącznik nr 1.1. – 1.12. do Formularza Ofertowego odpowiednio dla części zamówienia.

10. Zmianie ulega treść Rozdziału 22 SIWZ Załączniki do SIWZ Punkt 1) lit a. otrzymuje brzmienie:
Załączniki od nr 1.1 – 1.12 do Formularza Ofertowego: „Formularze asortymentowo-cenowe".

11. Zmianie ulega treść Załącznika nr 1 do SIWZ, który otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do wyjaśnień Zamawiającego.

12. Zmianie ulega treść Rozdziału 12 SIWZ Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert, który otrzymuje brzmienie

12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.

1) Termin składania ofert upływa dnia **31.10.2016r. o godzinie 10:00** .
2) Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego: **Dział Zamówień Publicznych Szpitala Powiatowego w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 ZAWIERCIE, pokój Nr 14 Pawilon D.**
3) Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie odwołania.
4) Z zawartością ofert nie można zapoznać się przed upływem terminu otwarcia ofert.
5) Otwarcie ofert nastąpi w miejscu jw. w dniu **31.10.2016 r. o godzinie 10:15**.
6) Otwarcie ofert jest jawne.
7) Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
8) Podczas otwarcia ofert Zamawiający poda nazwy (firmy) i adresy wykonawców, a także informacje dotyczące ceny.
9) Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieszcza na stronie internetowej Zamawiającego informacje dotyczące:
1. kwoty , jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
2. firm oraz adresów wykonawców , którzy złożyli oferty
3. ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

Pozostałe warunki i zapisy *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia* pozostają bez zmian.

P.O. Z-CA DYREKTORA
DS. LECZNICTWA
Szpitala Powiatowego w Zawierciu

dr n med. Sławomir Milka

Wyk. w 1 egz.
dokumentacja postępowania ZP/PN/57/2016
Zamieszczono na stronie internetowej

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 1 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.

Załącznik nr 1.7 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 7 zamówienia/ Pakiet nr 7

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) wymagane przez Zamawiającego	Jedn.	**Ilość**	Dane identyfikacyjne leku oferowanego przez Wykonawcę 1. nazwa handlowa produktu, 2. nazwa producenta, 3. rodzaj i wielkość opakowania, 4. numer katalogowy leku	**Cena jednostkowa netto złotych**	**Vat %**	**Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)**	**Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu**	**Wartość netto złotych (4 x 6)**	**Cena (brutto) złotych (4 x 8)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	**Roztwór błękitu trypanu o stężeniu 0,055 % rozcieńczony w fizjologicznym roztworze chlorku sodowego do barwienia torebki przedniej w celu uwidocznienia włókien tkanek, ampułko-strzykawki o poj. 0,7 ml.**	**szt.**	**140 amp /strz**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
R A Z E M										

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie: .....
Cena (brutto) - Razemkolumna11 słownie: .....
Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

….....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293

Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 2 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1.8 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 8 zamówienia/ Pakiet nr 8

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) wymagane przezZamawiającego	Jedn.	Ilość	Dane identyfikacyjnelekuoferowanegoprzezWykonawcę 1. nazwa handlowaproduktu, 2. nazwaproducenta, 3. rodzajiwielkość opakowania, 4. numer katalogowyleku/ kod EAN leku	Cenajednostkowanetto złotych	Vat %	Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)	Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu	Wartość netto złotych (4 x 6)	Cena (brutto) złotych (4 x 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	**Acidum boricum**	**kg**	**6,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

2	**Acidumsalicylicum**	**kg**	**0,3**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
3	**Argentum nitricum**	**kg**	**0,5**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
4	**Benzocainum**	**kg**	**0,05**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
5	**Chlorhexidinumgluconicum 20 % 500 ml**	**fl**	**60**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

6	**Eucerynabezwodna**	**kg**	**36,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
7	**Glucosum subst.**	**kg**	**12,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
8	**Hydrocortisonum**	**kg**	**0,30**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
9	**Hydrogeniumperoxy datum 30 %**	**kg**	**24,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

10	**Lanolinumanhydricum**	**kg**	**9,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
11	**Natrium chloratum**	**kg**	**2,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
12	**Neomycinum**	**kg**	**0,4**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
13	**Oleum rapae**	**kg**	**6,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

14	**Paraffinumliquidum**	**kg**	**48,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
15	**Procainum h/chlor.**	**kg**	**0,10**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
16	**Sapokalinus**	**kg**	**2,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
17	**Spir.Vini 70%**	**kg**	**24,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

18	**Spir.Vini 96%**	**kg**	**24,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
19	**Spir.skaż chlorhexydyną 70%**	**kg**	**120,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
20	**Sulfur praecipitatum**	**kg**	**0,50**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
21	**Talcum**	**kg**	**1,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

22	**Vaselinum album**	**kg**	**24,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
23	**Vaselinumflavum**	**kg**	**24,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
24	**Zincumoxydatum**	**kg**	**1,0**	1 ..... (nazwahandlowaproduktu) 2 ..... (nazwaproducenta) 3 ..... (rodzajiwielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
R A Z E M										

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie: .....
Cena (brutto) - Razemkolumna 11 słownie: .....
Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 3 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1.2 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 2 zamówienia/ Pakiet nr 2

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) **wymagane przez Zamawiającego**	Jedn.	**Ilość**	Dane identyfikacyjne leku oferowanego przez Wykonawcę 1. nazwa handlowa produktu, 2. nazwa producenta, 3. rodzaj i wielkość opakowania, 4. numer katalogowy leku	**Cena jednostkowa netto złotych**	**Vat %**	**Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)**	**Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu farmaceutycznego**	**Wartość netto złotych (4 x 6)**	**Cena (brutto) złotych (4 x 8)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	**Aqua pro inj.** **500 ml.**	**op**	**1 200**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
2.	**Glucosum** **10 % 500 ml**	**op**	**3 600**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania)						

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

				4 ..... (kod EAN leku)						
3.	**Glucosum** **20 % 500 ml**	**op**	**900**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
4.	**Glucosum** **5 % 1000 ml**	**op**	**400**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
5.	**Glucosum** **5 % 250 ml**	**op**	**3 000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
6.	**Glucosum** **5 % 500 ml**	**op**	**4 800**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta)						

				3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
7.	**Natriumchloratum 0,9% 100 ml**	**op**	**6000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
8.	**Natriumchloratum 0,9% 1000 ml**	**op**	**240**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
9.	**Natriumchloratum 0,9% 500 ml butelka stojąca z dwoma portami**	**op**	**36 000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
10.	**Sol. Ringeri**	**op**	**12 000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2						

	500 ml			(nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
R A Z E M										

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie: .....
Cena (brutto) - Razem kolumna 11 słownie: .....
Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

….....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293

Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 4 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1.10 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 10 zamówienia/ Pakiet nr 10

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) wymagane przez Zamawiającego	Jedn.	Ilość	Dane identyfikacyjne leku oferowanego przez Wykonawcę 1. nazwa handlowa produktu, 2. nazwa producenta, 3. rodzaj i wielkość opakowania, 4. numer katalogowy leku	Cena jednostkowa netto złotych	Vat %	Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)	Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu	Wartość netto złotych (4 x 6)	Cena (brutto) złotych (4 x 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	**Płyn wieloelektrolitowy w pełni zbilansowany zawierający jony Na , Cl, K, Mg,Ca buforowany octanami , jabłczanami lub glukonianami bez zawartości cytrynianów i mleczanów 500 ml**	**op**	**24 000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
R A Z E M										

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie: .....
Cena (brutto) - Razemkolumna11 słownie: .....

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

….....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 5 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1.11 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 11 zamówienia/ Pakiet nr 11

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) wymagane przez Zamawiającego	Jedn.	Ilość	Dane identyfikacyjne leku oferowanego przez Wykonawcę 1. nazwa handlowa produktu, 2. nazwa producenta, 3. rodzaj i wielkość opakowania, 4. numer katalogowy leku	Cena jednostkowa netto złotych	Vat %	Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)	Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu	Wartość netto złotych (4 x 6)	Cena (brutto) złotych (4 x 8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	**Płyn nawadniający interwencyjny hipotoniczny 500 ml**	**op**	**500**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
2	**Potassium chloride 0,15% +5% glucosum inj. 500 ml**	**op**	**1200**							

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

3	**Potassium chloride 0,30 %+5 %glucosum inj. 500 ml**	**op**	**1200**							
R A Z E M										

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie: .....
Cena (brutto) - Razemkolumna11 słownie: .....
Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

….....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 7 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1.12 do formularza ofertowego

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Formularz asortymentowo – cenowy

Część 12 zamówienia/ Pakiet nr 12

L.p.	Międzynarodowa nazwa leku (substancji czynnej) dawka, postać, wielkość opakowania (ilość sztuk w opakowaniu) **wymagane przez Zamawiającego**	Jedn.	**Ilość**	Dane identyfikacyjne leku oferowanego przez Wykonawcę 1. nazwa handlowa produktu, 2. nazwa producenta, 3. rodzaj i wielkość opakowania, 4. numer katalogowy leku	**Cena jednostkowa netto złotych**	**Vat %**	**Cena jednostkowa brutto złotych (6 x 7)**	**Aktualna urzędowa cena zbytu (brutto) powiększ. o max. urzędową marżę hurtową jeżeli dotyczy danego leku/produktu farmaceutycznego**	**Wartość netto złotych (4 x 6)**	**Cena (brutto) złotych (4 x 8)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	**Glucosum 5 % et Natrii chlor.** **0,9% 500 ml 1:1**	**op**	**3960**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
2.	**Glucosum 5 % et Natrii chlor**	**op**	**2 000**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta)						

	0,9% 500 ml 2:1			3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
3.	**Glucosum** **5% 100 ml**	**op**	**360**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
4.	**Natriumchloratum** **0,9% 3000 ml**	**op**	**360**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
5.	**Dipeptiven** **100 ml**	**op.**	**12**	1 ..... (nazwa handlowa produktu) 2 ..... (nazwa producenta) 3 ..... (rodzaj i wielkość opakowania) 4 ..... (kod EAN leku)						
R A Z E M										

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Wartość netto - Razem kolumna 10 słownie:
.....
Cena (brutto) - Razemkolumna11 słownie: .....
Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania +/- 50% po przeliczeniu w zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań.

….....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

Szpital Powiatowy w Zawierciu

SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 • e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl
Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Załącznik nr 6 do wyjaśnień Zamawiającego z dnia 26.10.2016r.
Załącznik nr 1 do SIWZ

.....
pieczęć wykonawcy lub wykonawców
ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

Szpital Powiatowy w Zawierciu
ul. Miodowa 14
42-400 ZAWIERCIE
woj. śląskie

FORMULARZ OFERTY

Ja / My, niżej podpisany/i

.....
działając w imieniu i na rzecz:

.....
(pełna nazwa wykonawcy)
.....
(*adres siedziby wykonawcy*)

REGON: | | | | | | | | | | NIP: | | | | - | | | | - | | | - | | |

Tel. ..... , Fax. .....

Adres e-mail: .....

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym składam/y ofertę na dostawę pn.: ***Dostawa produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu*** i oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym *Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia* (Znak postępowania ZP/PN/57/2016) na następujących warunkach:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem:

1.1. W zakresie Części 1 zamówienia* - Pakiet nr 1

1.1.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych
słownie złotych: .....
w tym podatek VAT : .....złotych
słownie złotych: .....
wartość netto: ..... złotych
słownie złotych: .....
obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

1.1.2. Termin realizacji zamówienia częściowego ..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.2. W zakresie Części 2 zamówienia* - Pakiet nr 2

1.2.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.2 do SIWZ.

1.2.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.3. W zakresie Części 3 zamówienia* - Pakiet nr 3

1.3.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.3 do SIWZ.

1.3.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.4. W zakresie Części 4 zamówienia* - Pakiet nr 4

1.4.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.4 do SIWZ.

1.4.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.5. W zakresie Części 5 zamówienia* - Pakiet nr 5

1.5.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.5 do SIWZ.

1.5.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.6. W zakresie Części 6 zamówienia* - Pakiet nr 6

1.6.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych
słownie złotych: .....
w tym podatek VAT : .....złotych
słownie złotych: .....
wartość netto: ..... złotych
słownie złotych: .....
obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.6 do SIWZ.

1.6.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.7. W zakresie Części 7 zamówienia* - Pakiet nr 7

1.7.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych
słownie złotych: .....
w tym podatek VAT : .....złotych
słownie złotych: .....
wartość netto: ..... złotych
słownie złotych: .....
obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.7 do SIWZ.

1.7.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.8. W zakresie Części 8 zamówienia* - Pakiet nr 8

1.8.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych
słownie złotych: .....
w tym podatek VAT : .....złotych
słownie złotych: .....
wartość netto: ..... złotych
słownie złotych: .....
obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.8 do SIWZ.

1.8.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.9. W zakresie Części 9 zamówienia* - Pakiet nr 9

1.9.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych
słownie złotych: .....
w tym podatek VAT : .....złotych
słownie złotych: .....
wartość netto: ..... złotych
słownie złotych: .....
obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.9 do SIWZ.

1.9.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.10. W zakresie Części 10 zamówienia* - Pakiet nr 10

1.10.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.10 do SIWZ.

1.10.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.11. W zakresie Części 11 zamówienia* - Pakiet nr 11

1.11.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.11 do SIWZ.

1.11.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

1.12. W zakresie Części 12 zamówienia* - Pakiet nr 12

1.12.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): .....złotych

słownie złotych: .....

w tym podatek VAT : .....złotych

słownie złotych: .....

wartość netto: ..... złotych

słownie złotych: .....

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Formularzem Asortymentowo–Cenowym stanowiącą załącznik Nr 1.12 do SIWZ.

1.12.2. Termin realizacji zamówienia częściowego..... dni roboczych (maksymalnie do 3 dni roboczych od złożenia zamówienia).

2. Oferujemy termin płatności 60 dni od daty dostarczenia faktury Vat po zrealizowanej dostawie cząstkowej.

3. Deklarujemy niezmienność cen jednostkowych netto przez okres 12 miesięcy od daty początkowej obowiązywania umowy.

4. Oświadczam/y, że powyższe ceny oferty zawierają wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

5. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*, tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.

6. Oświadczamy, że:

Nie zamierzamy zlecać wykonania części prac podwykonawcom*.

Zamierzamy zlecić podwykonawcom wykonanie następującego zakresu prac*:

L.p.	Części zamówienia - zakres usługi, jaki Wykonawca zamierza zlecić podwykonawcom
1.	
2.	
3.	

Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom: **…..**

7. Oświadczamy (-y), że:

7.1. **Niepowołujemy się** na zasoby podmiotów na zasadach określonych w art. 25a ust. 3 *Prawa zamówień publicznych* biorącymi udział w realizacji zamówienia*.

7.2. **Powołujemy się** na zasoby niżej wymienionych podmiotów na zasadach określonych w art. 25a ust. 3 pkt.2)*Prawa zamówień publicznych* biorącymi udział w realizacji zamówienia, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1*Prawa zamówień publicznych*:

7.2.1. w zakresie spełniania warunków, o których mowa w art. 22 ust.1b *Prawa zamówień publicznych* w zakresie opisanym w punkcie 5 SIWZ;

.....

pełna nazwa i adres siedziby podmiotu (zgodne z aktualnym rejestrem KRS lub CEIDG)

8. Ofertę składam (-y) na ……. kolejno ponumerowanych stronach.

9. Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą: TAK/NIE**

…….. , dnia ……..
(miejscowość) (data)

……
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)
do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

OZNACZENIA:
* niepotrzebne skreślić
** właściwe podkreślić