

Znak: ZOZ.V.010/DZP/17/20

Sucha Beskidzka dnia 03.03.2020r.

Dotyczy: Przetargu nieograniczonego na dostawę leków w ramach programów lekowych uzupełnienie II-ZOZ.V.010/DZP/17/20.

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej odpowiada na poniższe pytania:

**1. Dotyczy przedmiotu zamówienia – pakiety nr 2 i 7**

Pakiety nr 2 i 7 zawierają ten sam przedmiot zamówienia - (Abirateroni acetat 500 mg 60 tabl? Czy jest to pomyłka?

**Odp. Nastąpiła omyłka. Zamawiający usuwa pakiet nr 7. W załączeniu nowy druk załącznik nr 1 i 1a.**

**2. Dotyczy § 4 ust. 1 wzoru umowy – termin dostawy**

Czy z uwagi na fakt, że wymieniony produkt leczniczy w pakietach nr 2 i 7 nie jest lekiem na tzw. „ratunek” i nie wymaga dostaw na cito, ze względu na specyfikę i konieczność planowania podania z wyprzedzeniem, Zamawiający wydłuży termin dostawy dla w/w przedmiotu zamówienia do 48 godzin?

Obecny zapis wprowadza nieproporcjonalne ograniczenie w stosunku do obiektywnych potrzeb Zamawiającego (art. 29 Pzp) w przypadku leków, które ze względu na specyfikę i konieczność planowania podania z wyprzedzeniem, nie wymagają dostaw w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.

**Odp. Zamawiający wyrażą zgodę.**

Z poważaniem:

DYREKTORA  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Suchoj Beskidzkiej  
mgr Janusz Bączewski

Kierownik  
Działu Zamówień Publicznych  
mgr Sabina Steczek

## OFERTA

Nazwa Wykonawcy:	
Adres (siedziba) Wykonawcy:	
Województwo:	
KRS:	
NIP:	
REGON:	
Osoba do kontaktu:	
Telefon:	
fax:	
e-mail:	

Dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na  
**„Dostawę leków w ramach programów lekowych - uzupełnienie II”**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za wartość brutto:

<b>Pakiet</b>	<b>Wartość netto:</b>	<b>Wartość brutto:</b>
Pakiet nr 1		
Pakiet nr 2		
Pakiet nr 3		
Pakiet nr 4		
Pakiet nr 5		
Pakiet nr 6		
Pakiet nr 8		
Pakiet nr 9		
Pakiet nr 10		
Pakiet nr 11		
Pakiet nr 12		
Pakiet nr 13		

1. Oświadczamy, że termin płatności wynosi 60 dni.
2. Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać do czasu wyczerpania asortymentu stanowiącego przedmiot zamówienia, nie dłużej jednak niż do dnia 28.02.2021 r.
3. Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie Polski.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru.
7. Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć następującą część zamówienia podwykonawcom i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*:

Część zamówienia:

Nazwa (firma) podwykonawcy:

*\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy*

8. Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*\*

*\*\* właściwe podkreślić*

9. Dane do umowy:

a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:		
Imię i nazwisko:		
b) Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:		
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	tel/ fax/ e-mail:
c) Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:		
Nazwa i adres banku:		Nr rachunku:

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Wykonawcy

Pakiet nr 1

PAKIET 1 Leki w raku prostaty

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka /Producent
1	Enzalutamidum kaps 40 mg x 112	8					

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

**PAKIET 2 leki w raku prostaty**

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa Artykułu</b>	<b>Ilość opakowań</b>	<b>Cena jednostkowa netto</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b>	<b>Wartość netto</b>	<b>Wartość brutto</b>	<b>Nazwa/Dawka/Producent</b>
1.	Abirateroni acetat 500 mg 60 tabl	2			0,00 zł	0,00 zł	

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

**PAKIET 3 Lekki w raku jelita grubego**

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa Artykułu</b>	<b>Ilość opakowań</b>	<b>Cena jednostkowa netto</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b>	<b>Wartość netto</b>	<b>Wartość brutto</b>	<b>Nazwa/Dawka/Producent</b>
1	Affibercept 25 mg/ml 4 ml	60					
2	Affibercept 25 mg/ml 8 ml	5					

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu  
w zależności od zapotrzebowania



**PAKIET 4 Lekki w jelita grubego**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość miligramów	Cena jednostkow a netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/ Producent
1	Bevacizumabum 25 mg/ml 16 ml	10					
2	Bevacizumabum 25 mg/ml 4 ml	20					

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu  
w zależności od zapotrzebowania

**PAKIET 5 Leków w raku jelita grubego**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/Producent
1	Cetuximabum 5mg/ml 100 ml	4					
2	Cetuximabum 5mg/ml 20 ml	24					

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania



**PAKIEŃ 6 Leków w raku jelita grubego**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/Producent
1	Panitumumabum 20 mg/ml 20 ml	10					
2	Panitumumabum 20 mg/ml 5 ml	24					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

**PAKIET 8 Leków w raku prostaty**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/ Producent
1	Enzalutamidum kaps 40 mg x 112	8					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu  
w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

**PAKIET 9 Lekki w stwardnieniu rozsianym**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/ Producent
1	Fingolimodum 0,5 mg 28 kaps	3					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu  
w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

**PAKIET 10 Leków w stwardnieniu rozsianym**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/ Producent
1	Natalizumabum konc. 300 mg	3					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

**PAKIET 11 Leków w stwierdzeniu rozszaniym**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/Producent
1	Cladribinum 10 mg 1 tabl.	4					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

**PAKIET 12 Leków w stwardnieniu rozsianym**

Lp.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/Producent
1	Ocrelizumabum 30 mg/ml 10 ml fioł	2					

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności



**PAKIET 13 Lek w leczeniu przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych**

L.p.	Nazwa Artykułu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto	Nazwa/Dawka/ Producent
1	Immunoglobulin Human 50 g/1 100 ml	100					
2	Immunoglobulin Human 50 g/1 50 ml fl.	100					

Wartość pakietu netto:

Wartość pakietu brutto:

Warunki płatności

Wykorzystanie w obrębie wartości pakietu w zależności od zapotrzebowania