

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** Szpital Specjalistyczny Nr1**Adres pocztowy:** ul. Żeromskiego 7

Miejscowość: Bytom

Kod pocztowy: 41-902

Kraj: Polska

Punkt kontaktowy:

Tel.: +48323963332

Osoba do kontaktów: Ewelina Tylec- Sojka

E-mail: zampub@szpital1.bytom.pl

Faks: +48323963332

Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): www.szpital1.bytom.pl

Adres profilu nabywcy (URL):

Więcej informacji można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.I

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.II

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.III

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny | <input type="radio"/> Obrona |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny | <input type="radio"/> Środowisko |
| <input type="radio"/> Podmiot prawa publicznego | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie |
| <input checked="" type="radio"/> Inne (proszę określić):
Zdrowie | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne |
| | <input type="radio"/> Ochrona socjalna |
| | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia |
| | <input type="radio"/> Edukacja |
| | <input type="radio"/> Inne (proszę określić): |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak nie

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA****II.1) OPIS****II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług*(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)*

<input type="radio"/> a) Roboty budowlane <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input checked="" type="radio"/> b) Dostawy <input checked="" type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input type="radio"/> c) Usługi Kategoria usługi: nr <i>(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy Apteka Szpitalna Kod NUTS	Główne miejsce świadczenia usług

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

- Zamówienia publicznego
 Zawarcia umowy ramowej
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone <i>(jeżeli możliwe do określenia)</i> ::	

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)

Produkty lecznicze, preparaty antybakteryjne/ antybiotyki, żywienie pozajelitowe, wapno granulowane,

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33692210	
	33661100	

II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

tak nie

II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak nie

Jeżeli tak, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

tak nie

II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA**II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)**

Dostawa leków powyżej 196 000 EURO

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: EUR		
196000.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
lub Zakres: między a		
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM****III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA****III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)**

Załącznik Kwota wadium Słownie

- 1 1 450,00zł tysiąc czterysta pięćdziesiąt złotych
- 2 300,00zł trzysta złotych
- 3 150,00zł sto pięćdziesiąt złotych
- 4 180,00zł sto osiemdziesiąt złotych
- 5 100,00zł sto złotych
- 6 2 300,00zł dwa tysiące trzysta złotych
- 7 1 200,00zł tysiąc dwieście złotych
- 8 1 400,00zł tysiąc czterysta złotych
- 9 25,00zł dwadzieścia pięć złotych
- 10 450,00zł czterysta pięćdziesiąt złotych
- 11 630,00zł sześćset trzydzieści złotych
- 12 840,00zł osiemset czterdzieści złotych
- 13 20,00zł dwadzieścia złotych
- 14 290,00zł dwieście dziewięćdziesiąt złotych
- 15 5 650,00zł pięć tysięcy sześćset pięćdziesiąt złotych
- 16 480,00zł czterysta osiemdziesiąt złotych
- 17 30,00zł trzydzieści złotych
- 18 420,00zł czterysta dwadzieścia złotych
- 19 160,00zł sto sześćdziesiąt złotych
- 20 70,00zł siedemdziesiąt złotych
- 21 150,00zł sto pięćdziesiąt złotych
- 22 30,00zł trzydzieści złotych
- 23 150,00zł sto pięćdziesiąt złotych

III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących

Termin płatności 30dni.

III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)**III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)**

tak nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

III.2) WARUNKI UDZIAŁU**III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

O zamówienie mogą się ubiegać wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki:

Nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 i spełniają warunki zawarte w art.22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych:

posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

posiadają wiedzę i doświadczenie - wykonali co najmniej 2 dostawy w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, poparte dokumentami potwierdzającymi należyte wykonanie dostaw, tj. każda z dostaw o wartości co najmniej: 250 000,00zł dla Pakietu 15, co najmniej:100 000,00zł dla Pakietu 6, co najmniej: 60 000,00 PLN dla Pakietów: 1,7,8, co najmniej: 30 000,00 PLN dla pakietów: 11,12 co najmniej 20 000,00 PLN dla Pakietów: 10,16,18, co najmniej 15 000,00 PLN dla Pakietów: 2,14, co najmniej 5 000,00 PLN dla Pakietów: 3,4,5,19,21,23 co najmniej 3 000,00 PLN dla Pakietu: 20, co najmniej 1 000,00 PLN dla Pakietów: 9,13,17,22

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

dysponują odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia, znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej - są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę nie niższą niż 100 000 PLN.

Ocena spełnienia warunków udziału będzie dokonywana metodą spełnia lub nie spełnia w oparciu o dokumenty, oświadczenia dołączone do oferty.

6.2 Dokumenty wymagane od wykonawców dla potwierdzenia spełnienia warunków.

1. Oświadczenie o spełnieniu warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy – załącznik nr 25 (W przypadku złożenia oferty wspólnie wymagane jest złożenie powyższego oświadczenia odrębnie przez każdego partnera).

2. Koncesja, zezwolenie lub licencja.

3. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie – załącznik nr 26

4. Opłaconą polisa, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

6.3 Dokumenty wymagane od wykonawców w zakresie potwierdzenia o braku wykluczenia.

1. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 ustawy – załącznik nr 25 (W przypadku złożenia oferty wspólnie wymagane jest złożenie powyższego oświadczenia odrębnie przez każdego partnera).

2. Aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wskazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy.

3. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

4. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

5. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

6. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

Jeżeli, w przypadku Wykonawcy mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5-8 ustawy pzp, mają miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wykonawca składa w odniesieniu do nich zaświadczenie właściwego organu sądowego albo administracyjnego miejsca zamieszkania dotyczące niekaralności tych osób w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 5-8 ustawy pzp, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, z tym że w przypadku gdy w miejscu zamieszkania tych osób nie wydaje się takich zaświadczeń – zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego miejsca zamieszkania tych osób.

Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w pkt. 6.3: 2-6 składa:

1) pkt. 2-4 i 6 – dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,

b) nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,

c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie.

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

2) pkt. 5 – składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 4-8 ustawy pzp w punkcie w jakim dotyczy danego Wykonawcy ze względu na formę organizacyjną jaką przyjmie w obrocie gospodarczym. (Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2009r. Dz. U Nr 226, poz.1817).

W/w dokumenty winny być złożone w formie oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.

Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez wykonawcę.

W przypadku, gdy do przetargu przystępują wykonawcy działający wspólnie, winni oni ustanowić pełnomocnika zgodnie z art.23 ust.2 ustawy Prawo zamówień publicznych i przedłożyć pełnomocnictwo (zgodnie z częścią XI pkt 6 ppkt 6).

Każdy z konsorcjantów winien obligatoryjnie złożyć oświadczenia i dokumenty:

wymóg posiadania uprawnień określony w art. 22 ust. 1 pkt 1 pzp powinien spełniać ten wykonawca, który będzie wykonywał część zamówienia objętą obowiązkiem posiadania uprawnień.

potencjał kadrowy, techniczny, finansowy i ekonomiczny Wykonawców w sumie musi spełniać wymagane warunki (art. 22 ust. 1 pkt 3 i 4 pzp)

każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie musi udokumentować, iż posiada doświadczenie w wykonaniu zamówień przewidzianych mu do wykonania. Wykazane doświadczenie w sumie musi spełniać warunki wymagane od Wykonawców (art. 22 ust. 1 pkt 2 pzp)

w odniesieniu do wymagań postawionych przez Zamawiającego, każdy z Wykonawców ubiegających się wspólnie o zamówienie oddzielnie musi udokumentować, że nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Wykonawcy występujący wspólnie muszą ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia lub do reprezentowania ich w postępowaniu oraz zawarcia umowy o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego.

wypełniając formularz ofertowy, jak również inne dokumenty powołujące się na „Wykonawcę”; w miejscu „np. nazwa i adres Wykonawcy” należy wpisać dane Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

w przypadku, gdy w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego zostanie wybrana oferta Wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia wspólnie, Zamawiający zażąda przed zawarciem umowy o udzielenie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie z pełnomocnikiem (liderem) konsorcjum.

Zasada powyższa dotyczy również spółek cywilnych (wspólników spółki cywilnej).

III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

<p>Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:</p> <p>Wykonawca musi znajdować się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Wymagany dokument: Opłacona polisa, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.</p>	<p>Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów</p> <p>(jeżeli dotyczy):</p>
---	--

III.2.3) Zdolność techniczna

<p>Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:</p> <p>Wykonawca wykonał co najmniej 2 dostawy w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, poparte dokumentami potwierdzającymi należyte wykonanie dostaw, tj. każda z dostaw o wartości co najmniej: 250 000,00zł dla Pakietu 15, co najmniej:100 000,00zł dla Pakietu 6, co najmniej: 60 000,00 PLN dla Pakietów: 1,7,8, co najmniej: 30 000,00 PLN dla pakietów: 11,12 co najmniej 20 000,00 PLN dla Pakietów: 10,16,18, co najmniej 15 000,00 PLN dla Pakietów: 2,14, co</p>	<p>Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów</p> <p>(jeżeli dotyczy):</p> <p>Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że</p>
--	--

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

najmniej 5 000,00 PLN dla Pakietów: 3,4,5,19,21,23 co te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane
najmniej 3 000,00 PLN dla Pakietu: 20, co najmniej 1 należycie
000,00 PLN dla Pakietów: 9,13,17,22

III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI**III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi

tak nie

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**SEKCJA IV: PROCEDURA****IV.1) RODZAJ PROCEDURY****IV.1.1) Rodzaj procedury**

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak nie

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA****IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia** (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)
ZP/PN/2/2010

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak nie

Jeżeli tak,

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów Data: 07/04/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:00
Dokumenty odpłatne <input checked="" type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie Jeżeli tak, Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 30.00 Warunki i sposób płatności: osobiście: Szpital Specjalistyczny nr 1 ul. Żeromskiego 7 41-902 Bytom Zamówienia Publiczne (blok III, piętro IV, pok.3), za pobraniem, str. internetowa - bezpłatnie

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

Data: 07/04/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:00

IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)

Data: (dd/mm/rrrr)

IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

inny:

IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

IV.3.8) Warunki otwarcia ofert

Data: 07/04/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:30

Miejsce (jeżeli dotyczy): Szpital Specjalistyczny nr 1 ul. Żeromskiego 7 41-902 Bytom Zamówienia Publiczne (blok III, piętro IV, pok.3)

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak nie

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

VI.3) INFORMACJE DODATKOWE (jeżeli dotyczy)**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE****VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: [Urząd Zamówień Publicznych](#)

Adres pocztowy: [ul. Postępu 17a](#)

Miejscowość: [Warszawa](#)

Kod pocztowy: [02-676](#)

Kraj: [Polska](#)

Tel.: [+48224587801](#)

E-mail:

Faks: [+48224587700](#)

Adres internetowy (URL):

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

VI.4.2) Składanie odwołań (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

[zgodnie z art. 182 ust. 1 pkt. 1 ustawy pzp](#)

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ

ZAŁĄCZNIK A**DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 1 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: EUR 196000.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (2)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 2 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

<i>Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>LUB Zakres: między</i>	<i>a</i>	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	<i>lub</i> dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (3)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 3 NAZWA **Zywienie pozajelitowe****1) KRÓTKI OPIS**

Zywienie pozajelitowe

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (4)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 4 NAZWA **Antybiotyki****1) KRÓTKI OPIS**

Antybiotyki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (5)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (6)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (7)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 7 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (8)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 8 NAZWA **Antybiotyki****1) KRÓTKI OPIS**

Antybiotyki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (9)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 9 NAZWA **Wapno granulowane****1) KRÓTKI OPIS****Wapno granulowane****2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (10)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 10 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (11)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 11 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (12)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 12 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (13)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 13 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (14)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 14 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (15)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 15 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (16)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 16 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (17)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 17 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (18)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 18 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (19)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 19 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (20)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 20 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (21)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 21 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (22)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 22 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

DOSTAWA LEKÓW DO APTEKI SZPITALNEJ**ZAŁĄCZNIK B (23)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 23 NAZWA **Różne produkty lecznicze****1) KRÓTKI OPIS**

Różne produkty lecznicze

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33651600	
	33692210	
	33661100	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA