

Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
40-514 Katowice ul. Ceglana 35

**Znak sprawy : D/ZP/381/18A/16**

## **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

### **na dostawę produktów leczniczych**

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie **przetargu nieograniczonego powyżej 135 000 EURO** na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych ( tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164)

Specyfikację istotnych warunków zamówienia  
wraz z załącznikami

Zatwierdził w dniu 23.02.2016

Z upoważnienia D Y R E K T O R A  
Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii  
w Katowicach

mgr Andrzej Rehowicz  
Kierownik Działu Zamówień Publicznych

## **I. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:**

Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
40-514 Katowice, ul. Ceglana 35  
NIP: 954-22-74-017 Regon: 001325767  
Tel. 32/3581200 lub 32/358-13-32 fax. 32 251-84-37 lub 32/358-14-32  
Internet : [www.klinika.katowice.pl](http://www.klinika.katowice.pl) e-mail : [zp@szpitalceglana.pl](mailto:zp@szpitalceglana.pl)

## **II. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164)

## **III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA-**

1. Dostawa produktów leczniczych – wyszczególnionych asortymentowo i ilościowo w załącznikach od 4.1 do 4.29
  - Część 1** – Leki odurzające i psychotropowe
  - Część 2** – Leki p/zakaźne
  - Część 3** – Krew i układ krwiotwórczy
  - Część 4** - Nadroparinum calcium
  - Część 5** – Przewód pokarmowy i metabolizm
  - Część 6** - Lanreotide, Octreotide
  - Część 7** – Leki różne
  - Część 8**– Ośrodkowy układ nerwowy
  - Część 9** – Leki oczne
  - Część 10** – Hormony i witaminy
  - Część 11** – Sunitynib
  - Część 12** – Omalizumab
  - Część 13** – Immunoglobuliny I
  - Część 14** – Immunoglobuliny II
  - Część 15** – Cisplatyna, Oksaliplatyna,
  - Część 16** - Aprepitantum
  - Część 17**- Cyclofosfamid
  - Część 18** -Gemcytabina
  - Część 19**- Paklitaksel
  - Część 20**- Irynotekan
  - Część 21**- Vinblastyna
  - Część 22** - Endoxaparinum natricum
  - Część 23** - Pemetreksedum
  - Część 24** - Trastuzumab
  - Część 25** – Doksorubicyna liposomalna pegylowana
  - Część 26**- Abiraterone
  - Część 27** – Mitoxantron
  - Część 28** – Alergeny I
  - Część 29** – Alergeny II
2. Nazwy i kody wg Wspólnego Słownika Zamówień:
  - 33.69.00.00-3 – różne produkty lecznicze
  - 33.65.11.00-9 – środki antybakteryjne do użytku ogólnoustrojowego
  - 33.62.00.00-2 –produkty lecznicze dla krwi organów krwiotwórczych oraz układu krążenia
  - 33.62.11.00-0 – środki obniżające krzepliwość krwi
  - 33.66.21.00-9 – środki oftalmologiczne
  - 33.61.00.00-9 -produkty lecznicze dla przewodu pokarmowego i metabolizmu
  - 33.65.15.20-9 – immunoglobuliny
  - 33.66.10.00-1 – produkty lecznicze dla układu nerwowego
  - 33.64.20.00-2 – ogólnoustrojowe preparaty hormonalne
  - 33.65.21.00-6 – środki przeciwnowotworowe
3. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert dotyczących produktów równoważnych. Przez produkty równoważne do wskazanych jako przykładowa nazwa handlowa w załącznikach nr 4.1 do 4.12 oraz 4.16;4.22;4.28;4.29 specyfikacji istotnych warunków zamówienia Zamawiający rozumie odpowiedniki oryginalnego gotowego produktu leczniczego ( zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne) tj. "produkt leczniczy posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, postać farmaceutyczną i równoważność biologiczną wobec oryginalnego produktu leczniczego, potwierdzoną, jeżeli jest to niezbędne, właściwie przeprowadzonymi badaniami dostępności biologicznej" spełniające wymagania określone w SIWZ.

4. Przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia winny być zgodne z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 Nr 45 poz. 271 z póź. zm.) , oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie
5. Okres przydatności do użycia dostarczanych produktów leczniczych nie może być krótszy niż  $\frac{3}{4}$  określonego dla niego okresu przydatności licząc od dnia dostawy.

#### **IV. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**

Dostawy odbywać się będą częściowo w okresie do 18 miesięcy od dnia zawarcia umowy w ilościach wskazanych każdorazowo w zamówieniu częściowym

#### **V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW :**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:
  - a) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;  
Za spełniających ten warunek Zamawiający uzna Wykonawców, którzy przedstawiają Zezwolenie /licencje na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej zgodnie z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne a dla części nr 1 dodatkowo zezwolenie licencję na prowadzenie obrotu hurtowego środkami odurzającymi i psychotropowymi zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
  - b) posiadania wiedzy i doświadczenia;  
Za spełniających ten warunek Zamawiający uzna Wykonawców, którzy przedstawiają określony szczegółowo w pkt.VI.3 siwz wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych głównych dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia .
  - c) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; Zamawiający nie stawia szczegółowych warunków - za spełniających ten warunek Zamawiający uzna Wykonawców, którzy przedłożą oświadczenie o spełnianiu warunków stanowiące załącznik nr 2 siwz
  - d) sytuacji ekonomicznej i finansowej;  
Za spełniających ten warunek Zamawiający uzna Wykonawców, którzy przedstawiają określoną szczegółowo w pkt.VI.4 siwz informację banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową wykonawcy.
2. Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia, zdolnościach finansowych lub ekonomicznych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował tymi zasobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia.
3. Podmiot ,który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z art.26 ust.2b,będzie odpowiadał solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.
4. Ponadto o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:
  - a) nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia (art. 24 ust. 1 ustawy Pzp)
  - b) złożą ofertę, której treść odpowiada treści niniejszej Specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców będzie dokonana na podstawie przedłożonych oświadczeń i dokumentów według formuły spełnia/nie spełnia.

#### **VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp – według druku stanowiącego załącznik nr 2 specyfikacji.
2. Zezwolenie/ licencję na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej zgodnie z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne ,a dla części nr 1 dodatkowo zezwolenie /licencje na prowadzenie obrotu hurtowego środkami odurzającymi i psychotropowymi.
3. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych głównych dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich **trzech 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 tj. wykaz dostaw produktów leczniczych dla oferowanych części na wartość brutto minimum:
  - dla części 1 – 11793,00zł
  - dla części 2 – 35241,00zł
  - dla części 3– 27496,00zł
  - dla części 4 – 8424,00zł
  - dla części 5 – 8277,00zł

- dla części 6 – 1400870,00zł
- dla części 7 – 22604,00zł
- dla części 8 – 11661,00zł
- dla części 9 – 40994,00zł
- dla części 10– 74669,00zł
- dla części 11–138801,00zł
- dla części 12 – 117045,00zł
- dla części 13– 51840,00zł
- dla części 14 – 59535,00zł
- dla części 15 – 10912,00zł
- dla części 16 – 29808,00zł
- dla części 17 – 14458,00zł
- dla części 18 – 14499,00zł
- dla części 19 – 44307,00zł
- dla części 20– 5192,00zł
- dla części 21– 2146,00zł
- dla części 22 – 8245,00zł
- dla części 23– 111456,00zł
- dla części 24 – 129332,00zł
- dla części 25 – 56700,00zł
- dla części 26 – 34408,00zł
- dla części 27 –19197,00zł
- dla części 28 - 4860,00zł
- dla części 29 – 8505,00zł

**- według druku stanowiącego załącznik nr 5 SIWZ oraz załączenie dowodów potwierdzających, że dostawy te zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

W przypadku przedstawiania dowodów dla dostaw nadal wykonywanych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert .

4. Informacja banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy dla oferowanych części w wysokości brutto:

- dla części 1 – 11793,00zł
- dla części 2 – 35241,00zł
- dla części 3– 27496,00zł
- dla części 4 – 8424,00zł
- dla części 5 – 8277,00zł
- dla części 6 – 1400870,00zł
- dla części 7 – 22604,00zł
- dla części 8 – 11661,00zł
- dla części 9 – 40994,00zł
- dla części 10– 74669,00zł
- dla części 11–138801,00zł
- dla części 12 – 117045,00zł
- dla części 13– 51840,00zł
- dla części 14 – 59535,00zł
- dla części 15 – 10912,00zł
- dla części 16 – 29808,00zł
- dla części 17 – 14458,00zł
- dla części 18 – 14499,00zł
- dla części 19 – 44307,00zł
- dla części 20– 5192,00zł
- dla części 21– 2146,00zł
- dla części 22 – 8245,00zł
- dla części 23– 111456,00zł
- dla części 24 – 129332,00zł
- dla części 25 – 56700,00zł
- dla części 26 – 34408,00zł
- dla części 27 –19197,00zł
- dla części 28 - 4860,00zł
- dla części 29 – 8505,00zł

**– wystawiona nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.**

Jeżeli wykonawca, wykazując spełnianie tego warunku polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art.26 ust. 2b ustawy, w celu oceny, czy wykonawca będzie dysponował zasobami innych podmiotów w stopniu niezbędnym dla należytego wykonania zamówienia oraz oceny, czy stosunek łączący wykonawcę z tymi podmiotami gwarantuje rzeczywisty dostęp do ich zasobów wymaga się przedłożenie informacji dotyczącej tych podmiotów.

**VII. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU WYKAZANIA BRAKU PODSTAW DO ICH WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:**

**W OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 2 PKT 5 USTAWY**

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust.2 pkt 5 ustawy Wykonawca dołączy do oferty listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art.24 ust.2 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych lub informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej – załącznik nr 6 SIWZ

**W OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 1 USTAWY**

1. Oświadczenie Wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia – według druku stanowiącego załącznik nr 3 specyfikacji.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
3. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
4. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
5. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 – 8 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
6. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy Prawo zamówień publicznych, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
7. Jeżeli, w przypadku wykonawcy mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5-8,10-11 ustawy, 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 5-8,10-11 ustawy, 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 właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego miejsca zamieszkania tych osób lub przed notariuszem.
8. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stosuje się odpowiednio § 4 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane.
9. W przypadku oferty składanej przez wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego, dokumenty potwierdzające, że wykonawca nie podlega wykluczeniu składa każdy z wykonawców oddzielnie.
10. Jeżeli wykonawca wykazując spełnianie warunków o których mowa w art.22 ust.1 Pzp polega na zasobach innych podmiotów, na zasadach określonych w art.26 ust.2b Pzp, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia, Zamawiający żąda przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów dotyczących tego podmiotu w zakresie wymaganym dla wykonawcy. Postanowienia dotyczące podmiotów, które mają siedzibę lub miejsce zamieszkania poza granicami Polski stosuje się odpowiednio.

## **VIII. WYKAZ DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA, ŻE OFEROWANE DOSTAWY SPEŁNIAJĄ WYMAGANIA OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego, wykonawca dołączy do oferty dla oferowanych produktów leczniczych **opisy** producenta zawierające:

- dla części nr 15,18,19,20,21,25,27 – podanie gęstości koncentratu udokumentowane przez producenta
- dla części 17,23,24 – podanie łącznej masy substancji pomocniczych dla każdej dawki - udokumentowane przez producenta

## **IX. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.**

1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynie do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynie po upływie terminu składania wniosku, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Wnioski należy kierować na adres Zamawiającego lub e-mail [zp@szpitalceglana.pl](mailto:zp@szpitalceglana.pl), nr fax 32-358-14-32
2. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zamawiający i wykonawcy przekazują pisemnie, faksem lub drogą elektroniczną z zastrzeżeniem pkt. 3. Jeżeli zamawiający lub wykonawca przekazuje oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faksem lub drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
3. Tylko forma pisemna zastrzeżona jest dla złożenia oferty wraz z załącznikami, jak również dokumentów, oświadczeń, pełnomocnictw uzupełnianych na podstawie art. 26.ust.3 ustawy Pzp
4. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z wykonawcami jest Andrzej Rechowicz Kierownik Działu zamówień publicznych fax 32 3581-432 e-mail : [zp@szpitalceglana.pl](mailto:zp@szpitalceglana.pl)

## **X. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

1. Wykonawca przystępujący do niniejszego przetargu nieograniczonego jest obowiązany wnieść wadium dla oferowanych części. Wadium wynosi:
  - dla części 1 – 436,00zł
  - dla części 2 – 1305,00zł
  - dla części 3 – 1018,00zł
  - dla części 4 – 312,00zł
  - dla części 5 – 306,00zł
  - dla części 6 – 51884,00zł
  - dla części 7 – 837,00zł
  - dla części 8 – 431,00zł
  - dla części 9 – 1518,00zł
  - dla części 10 – 2765,00zł
  - dla części 11 – 5140,00zł
  - dla części 12 – 4335,00zł
  - dla części 13 – 1920,00zł
  - dla części 14 – 2205,00zł
  - dla części 15 – 404,00zł
  - dla części 16 – 1104,00zł
  - dla części 17 – 535,00zł
  - dla części 18 – 537,00zł
  - dla części 19 – 1641,00zł
  - dla części 20 – 192,00zł
  - dla części 21 – 79,00zł
  - dla części 22 – 305,00zł
  - dla części 23 – 4128,00zł
  - dla części 24 – 4790,00zł
  - dla części 25 – 2100,00zł
  - dla części 26 – 1274,00zł
  - dla części 27 – 711,00zł
  - dla części 28 – 180,00zł
  - dla części 29 – 315,00zł

2. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert.
3. Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:
  - w pieniądzu - wpłaty należy dokonać przelewem na konto Banku Gospodarstwa Krajowego numer 34 1130 1091 0003 9068 9720 0003. Wadium wniesione w pieniądzu Zamawiający przechowuje na rachunku bankowym.
  - w poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej , z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym
  - gwarancjach bankowych
  - gwarancjach ubezpieczeniowych
  - poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości(Dz. U. Nr 109, poz. 1158 z późn. zm.)

Wadium w formie poręczeń i gwarancji powinno zostać złożone w Uniwersyteckim Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, **ul. Ceglana 35, pok.D022** (sekretariat) w oryginale w zamkniętej kopercie oznaczonej według poniższego wzoru :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>„ Nazwa , adres Wykonawcy</b></p> <p>.....</p> <p><b>Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii</b></p> <p><b>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego</b></p> <p><b>w Katowicach</b></p> <p><b>ul. Ceglana 35     40-514 Katowice</b></p> <p><b>D/ZP/381/18A/16- WADIUM</b></p> <p><b>– Nie otwierać przed 04.04.2016r. godz.10.30”</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Zaleca się, aby kserokopia gwarancji lub poręczenia była dołączona do oferty.
5. Zamawiający zwraca wadium wszystkim wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem pkt 8a.
6. Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, zamawiający zwraca wadium niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego
7. Zamawiający zwraca niezwłocznie wadium, na wniosek wykonawcy, który wycofał ofertę przed upływem terminu składania ofert.
8. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli:
  - a) wykonawca w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 Prawa zamówień publicznych z przyczyn leżących po jego stronie , nie złożył dokumentów lub oświadczeń, o których mowa w art. 25 ust. 1 Pzp, pełnomocnictw, listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art.24 ust.2 pkt 5 , lub informacji o tym, że nie należy do grupy kapitałowej , lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki , o której mowa w art.87 ust.2 pkt 3, co powodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez wykonawcę jako najkorzystniejszej .
  - b) wykonawca, którego oferta została wybrana
    - odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie ,
    - zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

#### **XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Wykonawca jest związany ofertą przez okres 60 dni.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym, że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.
4. Przedłużenie terminu związania ofertą jest dopuszczalne tylko z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą. Jeżeli przedłużenie terminu związania ofertą dokonywane jest po wyborze oferty najkorzystniejszej, obowiązek wniesienia nowego wadium lub jego przedłużenia dotyczy jedynie wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza.

## **XII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Wykonawca ponosi wszelkie koszty przygotowania i złożenia oferty.
2. Każdy wykonawca może złożyć jedną ofertę na dowolną ilość części, przy czym części nie mogą być dzielone przez Wykonawców.
3. Ofertę sporządza się w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski potwierdzonym za zgodność z oryginałem przez wykonawcę (osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy).

### **5. Zamawiający wymaga w ofercie następujących dokumentów :**

- a) Wypełniony czytelnie, podpisany i opieczetowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy formularz ofertowy według druku stanowiącego załącznik nr 1 specyfikacji.
  - b) Podpisany i opieczetowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy formularz oświadczeń wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu według druku stanowiącego załącznik nr 2 specyfikacji
  - c) Podpisany i opieczetowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy formularz oświadczeń wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia według druku stanowiącego załącznik nr 3 specyfikacji oraz listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej lub informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej – załącznik nr 6 SIWZ
  - d) Wypełniony, podpisany i opieczetowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy formularz cenowy zawierający wyszczególnienie ilościowe i asortymentowe przedmiotu zamówienia na drukach (odpowiednio do oferowanej/nych części) stanowiących załącznik nr od 4.1 do 4.29 specyfikacji.
  - e) Dokumenty wyszczególnione w pkt VI, VII i VIII niniejszej specyfikacji.
6. Wszystkie dokumenty potwierdzające spełnienie przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu załączane do oferty, mogą być złożone w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu, jeżeli złożona przez Wykonawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.
  7. W przypadku udzielenia pełnomocnictwa do reprezentacji Wykonawcy wymagane jest złożenie oryginału dokumentu lub czytelnej, wyraźnej kserokopii poświadczonej notarialnie.
  8. Dla wykonawców występujących wspólnie ma w szczególności zastosowanie art. 23 Prawa zamówień publicznych. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o zamówienie zobowiązani są do ustanowienia pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania ich w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Pełnomocnictwo należy załączyć do oferty.
  9. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie gwarantującej zachowanie w poufności jej treści oraz zabezpieczenie jej nienaruszalności do terminu otwarcia ofert. Koperta powinna być zaadresowana według poniższego wzoru :

**„ Nazwa , adres Wykonawcy**

.....

**Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach**

**ul. Ceglana 35 40-514 Katowice**

**D/ZP/381/18A/16**

**„Oferta na dostawę produktów leczniczych część...**

**– Nie otwierać przed 04.04.2016r. godz.10.30”**

10. Wykonawca może wprowadzić zmiany do złożonej oferty bądź wycofać ofertę pod warunkiem , że zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian bądź wycofaniu oferty przed upływem terminu składania ofert – w sposób analogiczny do sposobu złożenia oferty.
11. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę w Formularzu oferty części zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom.
12. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę nazw (firm) podwykonawców, na których zasoby Wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 Pzp.
13. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.



14. Zamawiający nie ujawni informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert zastrzeże, że nie mogą być one udostępniane oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

Wykonawca nie może zastrzec swojej nazwy (firmy) oraz adresu, informacji dotyczących ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofercie.

### **XIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

Opakowaną w wyżej wymieniony sposób ofertę należy złożyć w Uniwersyteckim Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. Ceglanej 35 w sekretariacie **pokój D022**

#### **Termin składania ofert upływa w dniu 04.04.2016r. o godz.10.00.**

Zamawiający niezwłocznie zawiadomi wykonawcę o złożeniu oferty po terminie i zwróci ofertę po upływie terminu do wniesienia odwołania.

**Otwarcie ofert nastąpi** w Uniwersyteckim Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. Ceglanej 35 w pokoju E057 w dniu **04.04.2016r. o godz. 10.30**

### **XIV. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

1. Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania cen produktów leczniczych nie wyższych niż obowiązująca wysokość limitu finansowania części B i C załącznika do aktualnego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
2. Cena musi uwzględniać wszystkie wymagania niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia tj. obejmować wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia np.:
  - koszty transportu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego;
  - koszty ubezpieczenia dostawy do Zamawiającego
  - koszty załadunku i rozładunku;
  - koszty cła i podatków, jeśli takie występują;
3. Cena ma być wyrażona w złotych polskich.
4. Ceny jednostkowe, ceny netto i brutto oraz należny podatek VAT należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
5. Wykonawca określa cenę realizacji zamówienia na wybraną część poprzez wypełnienie formularza asortymentowo-cenowego – według załącznika od 4.1 do 4.29 oraz przeniesienie do formularza oferty sumy cen netto elementów przedmiotu zamówienia, kwoty podatku VAT oraz ceny ofertowej z podatkiem VAT wybranej części.
6. Stawka podatku VAT jest określana zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2004 r. Nr 54 poz. 535 z późn. zm.).

### **XV. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJACY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

Kryterium oceny ofert dla każdej zaoferowanej części z osobna jest :

**Cena - 95%**

**Termin dostawy – 5%**

#### **Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za cenę:**

C min. – cena minimalna spośród ocenianych ofert

Cn – cena badanej oferty

100 – stały współczynnik

$(C_{min} / C_n) \times 100 \times 95\% =$  ilość punktów badanej oferty

#### **Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za termin dostawy :**

Termin dostawy określić należy w dniach kalendarzowych w formularzu ofertowym dla oferowanych części – załącznik nr 1 Specyfikacji istotnych warunków zamówienia . Dla każdej części może być zaoferowany inny termin dostawy lub dla wszystkich części taki sam .

termin dostawy określony w dniach kalendarzowych punktowany będzie w następujący sposób :

5 dni – 5 punktów

7 dni – 0 punktów

maksymalnym terminem dostawy, który może zostać zaoferowany w ofercie jest 7 dni kalendarzowych.

Oferty z terminem dostawy innym niż wskazany w kryterium oceny ofert Zamawiający odrzuci na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2) jako niezgodne ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia.

Dla dokonania punktacji ofert, ranga w kryteriach oceny ofert określona w procentach, zostanie przeliczona na punkty 1 % = 1 punkt

Suma punktów uzyskanych przez Wykonawcę za w/w kryteria stanowić będzie ocenę końcową oferty.

Zamawiający za najkorzystniejszą uzna ofertę, złożoną przez Wykonawcę ,który łącznie w danej części uzyska najwyższą ilość punktów w/w kryteriach.

## **XVI. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający jednocześnie zawiadomi Wykonawców, którzy złożyli oferty o:
  - a) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę), albo imię i nazwisko, siedzibę albo adres zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację
  - b) wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne,
  - c) wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia podając uzasadnienie faktyczne i prawne
  - d) terminie, określonym zgodnie z art.94 ust. 1 lub 2 Pzp, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.
2. Zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający niezwłocznie umieści na stronie internetowej [www.klinika.katowice.pl](http://www.klinika.katowice.pl) oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.
3. Zamawiający zawrze umowę z wybranym wykonawcą, z zastrzeżeniem art. 183 Pzp, w terminie nie krótszym niż 10 dni od dnia przesłania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty faksem lub drogą elektroniczną, na warunkach będących istotnymi postanowieniami, a stanowiącymi wzór umowy – załącznik nr 7 do niniejszej specyfikacji. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem ww. terminów, jeżeli w postępowaniu o udzielenie zamówienia zostanie złożona tylko jedna oferta.

Jeżeli wybrana oferta zostanie złożona przez wykonawców o których mowa w art. 23 Prawa zamówień publicznych Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie niniejszego zamówienia umowy regulującej współpracę tych wykonawców.

## **XVII. POZOSTAŁE REGUŁY POSTĘPOWANIA**

1. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 7 Prawa zamówień publicznych.
2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
3. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej, nie ustanawia dynamicznego systemu zakupów oraz nie zamierza zawrzeć umowy ramowej.
4. Termin płatności – w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury za każdą dostarczoną partię przedmiotu zamówienia.
5. Do spraw nieuregulowanych w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity : Dz. U. z 2015 poz. 2164 ) oraz Kodeksu cywilnego.

## **XVIII. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

1. Wykonawcom, a także innym podmiotom, jeżeli mają lub mieli interes w uzyskaniu zamówienia oraz ponieśli lub mogą ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych przysługują środki ochrony prawnej.
2. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
3. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
4. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, a kopię odwołujący przesyła zamawiającemu przed upływem do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
5. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia-jeżeli zostało przesłane faxem lub drogą elektroniczną, albo w terminie 15 dni –jeżeli zostały przesłane w inny sposób.
6. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu oraz wobec postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej.
7. Odwołanie wobec czynności innych niż określone w pkt 5 i 6 wnosi się w terminie 10 dni od dnia , w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
8. Skargę na orzeczenie Izby wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora publicznego jest równoznaczne z jej wniesieniem.

### **Załączniki:**

1. Formularz ofertowy
- 2, 3 Formularze oświadczeń wykonawcy
- 4.1 do 4.29 Formularze cenowe -wyszczególnienie asortymentowe i ilościowe
5. Wykaz dostaw
6. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej lub informacja o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej
7. Wzór umowy

## FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa wykonawcy .....

Siedziba: .....

REGON ..... NIP .....

Tel. .... fax .....

Internet ..... e-mail .....

Osoba do kontaktu .....

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę produktów leczniczych w ilości i asortymencie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia :

### **Część 1 – Leki odurzające i psychotropowe (załącznik 4.1)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 2 – Leki p/zakaźne (zał. 4.2)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 3 – Krew i układ krwiotwórczy (zał. 4.3)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 4 – Nadroparinum calcium (zał. 4.4)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 5 – Przewód pokarmowy i metabolizm (zał. 4.5)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 6 – Lanreotide, Octreotide (zał. 4.6)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

### **Część 7– Leki różne (zał. 4.7)**

za cenę netto ..... zł

podatek VAT .....% tj. .... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł

(słownie:.....)

**Część 8 – Ośrodkowy układ nerwowy ( zał. 4.8)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 9 – Leki oczne ( zał. 4.9)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 10– Hormony i witaminy ( zał. 4.10)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 11 – Sunitynib ( zał. 4.11)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 12 – Omalizumab ( zał. 4.12)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 13 – Immunoglobuliny I ( zał. 4.13)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 14 – Immunoglobuliny II ( zał. 4.14)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 15 – Cisplatyna , Oksaliplatyna, ( zał. 4.15)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 16– Aprepitant ( zał. 4.16)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 17 – Cyclofosfamid ( zał. 4.17)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 18 – Gemcytabina ( zał. 4.18)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 19 – Paklitaksel ( zał. 4.19)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 20– Irynotekan ( zał. 4.20)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 21 – Vinblastyna ( zał. 4.21)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 22–Endoxaparinum natricum ( zał. 4.22)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 23 –Pemetreksedum( zał. 4.23)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 24 –Trastuzumab ( zał. 4.24)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 25–Doksorubicyna liposomalna pegylowana( zał. 4.25)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 26 –Abiraterone( zał. 4.26)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 27 –Mitoxantron ( zał. 4.27)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 28 –Alergeny I ( zał. 4.28)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Część 29 –Alergeny II ( zał. 4.29)**

za cenę netto ..... zł  
podatek VAT .....% tj. .... zł  
Cena ofertowa z podatkiem VAT: .....zł  
(słownie:.....)

**Termin dostawy:** Dostawy odbywać się będą częściowo w okresie do 18 miesięcy od dnia zawarcia umowy w ilościach wskazanych każdorazowo w zamówieniu częściowym

w terminie :

dla części nr ..... do ( wpisać oferowany termin dostawy 5 lub 7 dni zgodnie z kryterium oceny ofert ) ..... dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia

dla części nr ..... do (wpisać oferowany termin dostawy 5 lub 7 dni zgodnie z kryterium oceny ofert) ..... dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia

(w razie potrzeby powielić)

**Termin płatności:** w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury za każdą dostarczoną partię przedmiotu zamówienia.

- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 60 dni od daty zakończenia terminu składania ofert

- Zawarta w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia treść wzoru umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

- Oświadczam , że następującą część zamówienia.....zamierzam powierzyć podwykonawcom

- Wskazuję następujących podwykonawców ..... nazwa (firma) ..... jako podmioty, na których zasoby powołuję się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Prawo zamówień publicznych, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 tej ustawy;

- Oświadczamy, że przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 Nr 45 poz.271 z póź. zm.) , oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego oświadczamy, że dane zawarte w ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych  
do reprezentowania wykonawcy

.....  
pieczęć firmowa wykonawcy

## **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**Oświadczam, że :**

**zgodnie z art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych spełniam warunki dotyczące:**

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy



D/ZP/381/18A/16

Załącznik nr 3

.....  
pieczęć firmowa wykonawcy

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych  
do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 1 – Leki odurzające i psychotropowe**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa                 | Postać farmaceutyczna | Dawka     | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                                    | 4                     | 5         | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1.            | Fentanyl                                                                                                | Fentanylum                           | iniekcje 2ml          | 50mcg/ml  | szt. | 5000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2.            | Ultiva                                                                                                  | Remifentanylum                       | iniekcje              | 1mg       | szt. | 50             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3.            | Ultiva                                                                                                  | Remifentanylum                       | iniekcje              | 2mg       | szt. | 150            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4.            | Midanium                                                                                                | Midazolamum                          | iniekcje 3ml          | 5mg/ml    | szt. | 250            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5.            | Midanium                                                                                                | Midazolamum                          | iniekcje 1ml          | 5mg/ml    | szt. | 1500           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 6.            | Clonazepamum                                                                                            | Clonazepamum                         | doustna               | 0,5mg     | szt. | 60             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 7.            | Imovane                                                                                                 | Zopiclone                            | doustna               | 7,5mg     | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 8.            | Transtec                                                                                                | Buprenorphine                        | system transtermalny  | 70mcg/h   | szt. | 10             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 9.            | Transtec                                                                                                | Buprenorphine                        | system transtermalny  | 52,5mcg/h | szt. | 10             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 10.           | Transtec                                                                                                | Buprenorphine                        | system transtermalny  | 35mcg/h   | szt. | 10             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 11.           | Targin                                                                                                  | Oxycodane hydrochloride + Naloxonium | doustna               | 10mg+5mg  | szt. | 150            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 12.           | Targin                                                                                                  | Oxycodane hydrochloride + Naloxonium | doustna               | 20mg+10mg | szt. | 150            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 13.           | Afobam                                                                                                  | Alprazolam                           | doustna               | 0,25mg    | szt. | 60             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 14.           | Afobam                                                                                                  | Alprazolam                           | doustna               | 0,5mg     | szt. | 60             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                                      |                       |           |      |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli. Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**  
 \*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)    \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
 podpis i pieczęć osoby uprawnionej /osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2– Leki p/zakaźne**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka    | J.m.     | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------|----------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>1</b>      | <b>2</b>                                                                                                | <b>3</b>             | <b>4</b>              | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b>       | <b>8</b>           | <b>9</b>          | <b>10</b>                            | <b>11</b>     | <b>12</b>   | <b>13</b>      |
| 1.            | Aprokam                                                                                                 | Cefuroxime           | iniekcje dokomorowe   | 50mg     | szt.     | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2.            | Amotaks                                                                                                 | Amoxicillinum        | doustna               | 1g       | szt.     | 160            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3.            | Amotaks                                                                                                 | Amoxicillinum        | doustna               | 500mg    | szt.     | 160            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4.            | Biofuroxym                                                                                              | Cefutroximum         | iniekcje              | 750mg    | szt.     | 2000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5.            | Biotraxon                                                                                               | Ceftriaxonum         | iniekcje              | 1g       | szt.     | 20             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 6.            | Doxycyclinum                                                                                            | Doxycyclinum         | doustna               | 100mg    | szt.     | 200            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 7.            | Metronidazol                                                                                            | Metronidazolium      | iniekcje 100ml        | 5mg/ml   | szt.     | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 8.            | Zinnat                                                                                                  | Cefuroximum          | doustna               | 500mg    | szt.     | 50             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 9.            | Biodacyna                                                                                               | Amikacin             | iniekcje 2ml          | 0,5g/2ml | szt.     | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 10.           | Biodacyna                                                                                               | Amikacin             | iniekcje 4ml          | 1g/4ml   | szt.     | 50             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                      |                       |          |          |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 3– Krew i układ krwiotwórczy**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa      | Postać farmaceutyczna | Dawka           | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                         | 4                     | 5               | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1.            | Acard                                                                                                   | Acidum acetylsalicylicum  | doustna               | 75mg            | szt. | 600            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2.            | Cyclonamina                                                                                             | Etamsylate                | iniekcje              | 250mg/2ml       | szt. | 3000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3.            | Glucosum 5%                                                                                             | Glucosum                  | iniekcje 500ml        | 50mg/ml         | szt. | 400            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4.            | Glucosum 10%                                                                                            | Glucosum                  | iniekcje 500ml        | 100mg/ml        | szt. | 200            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5.            | Glucosum 5% et Natrium chloratum 0,9%(2:1)                                                              | Glucosum+Natrii chloridum | iniekcje 250ml        | (33,3mg+3mg)/ml | szt. | 400            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 6.            | Mannitol                                                                                                | Mannitolum                | iniekcje              | 200mg/ml        | szt. | 2000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 7.            | 0,9% Sol.Natrii chlorati                                                                                | Natrii chloridum          | iniekcje 100ml        | 9mg/ml          | szt. | 6000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 8.            | 0,9% Sol.Natrii chlorati                                                                                | Natrii chloridum          | iniekcje 250ml        | 9mg/ml          | szt. | 4000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 9.            | Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny                                                       | Preparat złożony          | iniekcje 500ml        |                 | szt. | 1500           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 10.           | Vessel Due F                                                                                            | Sulodeximum               | iniekcje              | 300 LSU/ml      | szt. | 200            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                           |                       |                 |      |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 4– Nadroparinum calcium**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka        | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                    | 4                     | 5            | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1             | Fraxiparine                                                                                             | Nadroparinum calcium | iniekcje              | 2850jm/0,3ml | szt. | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
|               | Fraxiparine                                                                                             | Nadroparinum calcium | iniekcje              | 5700jm/0,6ml | szt. | 500            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                      |                       |              |      |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli. Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5– Przewód pokarmowy i metabolizm**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa             | Postać farmaceutyczna | Dawka       | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                                | 4                     | 5           | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1.            | Atossa                                                                                                  | Ondansetronum                    | iniekcje 4ml          | 2mg/ml      | szt. | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2.            | Atossa                                                                                                  | Ondansetronum                    | iniekcje 2ml          | 2mg/ml      | szt. | 250            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3.            | Atropinum sulfuricum                                                                                    | Atropine sulphate                | iniekcje              | 0,5mg/ml    | szt. | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4.            | Controloc                                                                                               | Pantoprazol                      | iniekcje              | 40mg        | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5.            | Espumisan                                                                                               | Simeticonum                      | doustna               | 40mg        | szt. | 2000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 6.            | Helicid                                                                                                 | Omeprazolum                      | doustna               | 20mg        | szt. | 2800           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 7.            | Kaldyum                                                                                                 | Kalii chloridum                  | doustna               | 600mg       | szt. | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 8.            | Kalium effervescens                                                                                     | Kalii citras+Kalii hydrocarbonas | doustna bezcukrowa    | 782mg K+/3g | szt. | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 9.            | Ranic                                                                                                   | Ranitidine                       | iniekcje 5ml          | 10mg/ml     | szt. | 2000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 10.           | Ranigast                                                                                                | Ranitidine                       | iniekcje              | 0,05%/100ml | szt. | 500            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 11.           | Contix                                                                                                  | Pantoprazol                      | doustna               | 40mg        | szt. | 56             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                                  |                       |             |      |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 6 – Lanreotide, Octreotide**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka       | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                    | 4                     | 5           | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1             | Sandostatin LAR                                                                                         | Octreotidum          | iniekcje              | 20mg        | szt. | 200            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2             | Sandostatin LAR                                                                                         | Octreotidum          | iniekcje              | 30mg        | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3             | Somatulina Autogel                                                                                      | Lanreotidum          | iniekcje              | 60mg/dawkę  | szt. | 1              |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4             | Somatulina Autogel                                                                                      | Lanreotidum          | iniekcje              | 90mg/dawkę  | szt. | 50             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5             | Somatulina Autogel                                                                                      | Lanreotidum          | iniekcje              | 120mg/dawkę | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                      |                       |             |      |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 7 - Leki różne**

| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa            | Postać farmaceutyczna | Dawka     | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------|------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1    | 2                                                                                                       | 3                               | 4                     | 5         | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1.   | Aqua pro inj.                                                                                           | Aqua pro inj.                   | iniekcje 10ml         |           | szt. | 10000          |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 2.   | Aqua pro inj.                                                                                           | Aqua pro inj.                   | iniekcje 500ml        |           | szt. | 300            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 3.   | Azathioprine                                                                                            | Azathioprine                    | doustna               | 50mg      | szt. | 250            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 4.   | Bonviva                                                                                                 | Ibandronic acid                 | iniekcje              | 3mg/ml    | szt. | 10             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 5.   | Detreomycyna                                                                                            | Chloramphenicolum               | maść                  | 10mg/g    | szt. | 150            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 6.   | Detreomycyna                                                                                            | Chloramphenicolum               | maść                  | 20mg/g    | szt. | 20             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 7.   | Fluconazole                                                                                             | Fluconazolum                    | kapsułki              | 0,05g     | szt. | 70             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 8.   | Glucosum                                                                                                | Glucosum                        | doustna 75g           |           | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 9.   | Salbutamol                                                                                              | Salbutamolum                    | iniekcje              | 0,5mg/1ml | szt. | 20             |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 10.  | Xyzal                                                                                                   | Levocetirizine dihydrochloridum | doustna               | 5mg       | szt. | 140            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 11.  | Woda utleniona                                                                                          | Hydrogenii peroxidum            | płyn 100,0            | 3%        | szt. | 100            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| 12.  | Rec.Lanolinum anhydricum                                                                                | Lanolinum anhydricum            |                       |           | g    | 900            |                    |                   |                                      |               |             |                |



|     |                                                                                |                          |               |           |      |     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------|-----|--|--|--|--|--|--|
| 13. | Rec. Lactosum                                                                  | Lactosum                 |               |           | g    | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Rec. Natrium chloratum                                                         | Natrium chloratum        |               |           | g    | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Nutridrink                                                                     | preparat złożony         | płyn          | 200ml     | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Nutridrink Protein                                                             | preparat złożony         | płyn          | 125ml     | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Rec. Chloramphenicolum                                                         | Chloramphenicolum        |               |           | g    | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Opłatki skrobiowe (x500)rozmiary od 2 do 6 wskazywane każdorazowo w zamówieniu |                          |               |           | op.  | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Voltaren                                                                       | Diclofenacum             | żel 50g       | 1%        | szt. | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Ung. Calendulae                                                                | prep. złożony            | maść 20g      |           | szt. | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Uromitexan                                                                     | Mesnum                   | iniekcje      | 100mg/ml  | szt. | 135 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Ambroksol                                                                      | Ambroxoli hydrochloridum | syrop 150ml   | 0,03g/5ml | szt. | 5   |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Glucophage                                                                     | Metforminum              | doustna       | 500mg     | szt. | 60  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Hydrocortisonum                                                                | Hydrocortisonum          | krem 15g      | 10mg/g    | szt. | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Insulinum Actrapid Penfill                                                     | Insulinum humanum(rDNA)  | iniekcje 3ml  | 100jm/ml  | szt. | 25  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Hypnomidate                                                                    | Etomidatum               | iniekcje      | 2mg/ml    | szt. | 20  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Levonor                                                                        | Noradrenalinum           | iniekcje 4ml  | 1mg/ml    | szt. | 25  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Megalia                                                                        | Mefastroli acetas        | doustna 240ml | 40mg/ml   | szt. | 20  |  |  |  |  |  |  |

|     |                  |                                    |                                                             |           |      |     |  |  |  |  |  |  |
|-----|------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|------|-----|--|--|--|--|--|--|
| 29. | Metoclopramidum  | Metoclopramidi hydrochloridum      | iniekcje                                                    | 10mg/2ml  | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Polfilin         | Pentoxifilinum                     | iniekcje 5ml                                                | 20mg/ml   | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Atossa           | Ondansetronum                      | doustna                                                     | 8mg       | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Solcoseryl       | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | iniekcje 2ml                                                | 42,5mg/ml | szt. | 75  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Esmeron          | Rocuronium bromide                 | iniekcje 10ml                                               | 10mg/ml   | szt. | 20  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Calcium Resonium | Calcium Resonium                   | proszek doustny lub do sporządzania zawiesiny doodbytniczej | 300g      | op.  | 5   |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Ulgastran        | Sucralfatum                        | doustna 250ml                                               | 1g/5ml    | op.  | 10  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Lyrica           | Pregabalina                        | doustna                                                     | 75mg      | szt. | 42  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Rec. Benzocainum | Benzocainum                        |                                                             |           | g    | 90  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Adrenalina       | Adrenalinum                        | iniekcje ampułkostrzykawka                                  | 1mg/ml    | szt. | 20  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Ebrantil         | Urapidilum                         | iniekcje                                                    | 5mg/ml    | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Heparizen        | Heparinum natricum                 | żel 100g                                                    | 1000j.m/g | szt. | 30  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Propranolol      | Propranololi hydrochloridum        | doustna                                                     | 40mg      | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Torvacard        | Atorvastatinum                     | doustna                                                     | 20mg      | szt. | 60  |  |  |  |  |  |  |

|        |              |                |          |            |      |      |  |  |  |  |  |  |
|--------|--------------|----------------|----------|------------|------|------|--|--|--|--|--|--|
| 43.    | Preduktal MR | Trimetazidinum | doustna  | 35mg       | szt. | 120  |  |  |  |  |  |  |
| 44.    | Adrenalina   | Adrenalinum    | iniekcje | 0,001g/1ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |              |                |          |            |      |      |  |  |  |  |  |  |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.  
Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**  
\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)  
\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 8- Ośrodkowy układ nerwowy**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa                  | Postać farmaceutyczna | Dawka     | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------|------|----------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                                     | 4                     | 5         | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                  | 11            | 12          | 13             |
| 1.            | Hydroxyzinum                                                                                            | Hydroxyzini                           | syrop 250ml           | 0,01g/5ml | op.  | 20             |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 2.            | Ibum                                                                                                    | Ibuprofenum                           | doustna 100-150g      | 100mg/5ml | szt. | 5              |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 3.            | Ketonal                                                                                                 | Ketoprofenum                          | iniekcje              | 50mg/ml   | szt. | 600            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 4.            | Lignocainum hydrochloricum                                                                              | Lignocaina typu A aini hydrochloricum | żel 30g               | 2%        | szt. | 150            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 5.            | Nimbex                                                                                                  | Cisatracurium                         | iniekcje 2,5ml        | 2mg/ml    | szt. | 500            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 6.            | Paracetamol                                                                                             | Paracetamol                           | doustna               | 500mg     | szt. | 2000           |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 7.            | Paracetamol                                                                                             | Paracetamol                           | doodbytnicza          | 50mg      | szt. | 50             |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 8.            | Paracetamol                                                                                             | Paracetamol                           | iniekcje 100ml        | 10mg/ml   | szt. | 2500           |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 9.            | Pyralginum                                                                                              | Metamizolum natricum                  | iniekcje 2ml          | 1g/2ml    | szt. | 250            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 10.           | Pyralginum                                                                                              | Metamizolum natricum                  | doustna               | 500mg     | szt. | 600            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                                       |                       |           |      |                |                    |                   |                                     |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 9– Leki oczne**

| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa                         | Postać farmaceutyczna | Dawka            | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań ** | Cena jednost. netto za opakowanie | Wartość netto 9x10 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------|------|----------------|--------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------|----------------|
| 1    | 2                                                                                                       | 3                                            | 4                     | 5                | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                | 11                 | 12            | 13             |
| 1.   | Alcaina                                                                                                 | Proxymetacaini hydrochloridum                | krople do oczu        | 5mg/ml           | szt. | 500            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 2.   | Alphagan                                                                                                | Brimonidini tartras                          | krople do oczu 5ml    | 2mg/ml           | szt. | 100            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 3.   | Azopt                                                                                                   | Brinzolamide                                 | krople do oczu        | 10mg/ml          | szt. | 100            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 4.   | Betadrin                                                                                                | Diphenhydramini hydrochl.+Naphazolini nitras | krople do oczu        | (1mg+0,33 mg)/ml | szt. | 100            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 5.   | Betoptic                                                                                                | Betaxololum                                  | krople do oczu 5ml    | 2,5mg/ml         | szt. | 50             |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 6.   | Biodacyna                                                                                               | Amikacinum                                   | krople do oczu 5ml    | 3mg/ml           | szt. | 150            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 7.   | Dexamethason                                                                                            | Dexamethasonum                               | krople do oczu 5ml    | 1mg/ml           | szt. | 200            |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 8.   | Dicloabak                                                                                               | Diclofenacum natricum                        | krople do oczu 10ml   | 1mg/ml           | szt. | 40             |                    |                   |                                   |                    |               |                |
| 9.   | Gel 4000                                                                                                | Hypromelloza                                 | żel do oczu           | 2,00%            | szt. | 100            |                    |                   |                                   |                    |               |                |

|        |                   |                            |                      |          |      |      |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------------------|----------------------------|----------------------|----------|------|------|--|--|--|--|--|--|
| 10.    | Neosynephrin-POS  | Phenylephrinum             | krople do oczu       | 100mg/ml | szt. | 400  |  |  |  |  |  |  |
| 11.    | Neomycinum        | Neomycini sulfas           | maść do oczu         | 0,5mg/g  | szt. | 100  |  |  |  |  |  |  |
| 12.    | Oftaquix          | Levofloxacinum             | krople do oczu       | 5mg/ml   | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 13.    | Pilocarpinum      | Pilocarpinum               | krople do oczu       | 20mg/ml  | szt. | 100  |  |  |  |  |  |  |
| 14.    | Sulfacetamidu HEC | Sulfacetamidum<br>natricum | krople do oczu       | 100mg/ml | szt. | 100  |  |  |  |  |  |  |
| 15.    | Tropicamidum      | Tropicamidum               | krople do oczu       | 10mg/ml  | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 16.    | Vidisic           | Carbomerum                 | żel do oczu 10g      | 2mg/g    | szt. | 100  |  |  |  |  |  |  |
| 17.    | Corneregel        | Dexapanthenum              | krople do oczu<br>5g | 50mg/ml  | szt. | 50   |  |  |  |  |  |  |
| 18.    | Rozalin           | Dorzolamidum               | krople do oczu       | 20mg     | szt. | 50   |  |  |  |  |  |  |
| 19.    | Vigamox           | Moxifloxacinum             | krople do oczu       | 5mg/ml   | szt. | 10   |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |                   |                            |                      |          |      |      |  |  |  |  |  |  |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

.....  
 podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
 /osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 10– Hormony i witaminy**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa      | Postać farmaceutyczna            | Dawka   | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------|------|----------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                       | 3                         | 4                                | 5       | 6    | 7              | 8                  | 9              | 10                                   | 11            | 12          | 13             |
| 1.            | Corhydron                                                                                               | Hydrocortisonum           | iniekcje(fiol.proszku+amp.rozp.) | 100mg   | szt. | 200            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 2.            | Depo-Medrol                                                                                             | Methylprednisolonum       | iniekcje                         | 40mg/ml | szt. | 500            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 3.            | Dexaven                                                                                                 | Dexamethasonum            | iniekcje 2ml                     | 4mg/ml  | szt. | 8000           |                    |                |                                      |               |             |                |
| 4.            | Thyrozol                                                                                                | Thiamazolum               | doustna                          | 10mg    | szt. | 100            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 5.            | Metypred                                                                                                | Methylprednisolonum       | doustna                          | 4mg     | szt. | 300            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 6.            | Pabi-Dexamethason                                                                                       | Dexamethasonum            | doustna                          | 1mg     | szt. | 6000           |                    |                |                                      |               |             |                |
| 7.            | Solu-Medrol                                                                                             | Methylprednosolonum       | iniekcje                         | 250mg   | szt. | 100            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 8.            | Solu-Medrol                                                                                             | Methylprednosolonum       | iniekcje                         | 125mg   | szt. | 500            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 9.            | Solu-Medrol                                                                                             | Methylprednosolonum       | iniekcje                         | 500mg   | szt. | 1000           |                    |                |                                      |               |             |                |
| 10.           | Solu-Medrol                                                                                             | Methylprednosolonum       | iniekcje                         | 1000mg  | szt. | 100            |                    |                |                                      |               |             |                |
| 11.           | Vitaminum B 6                                                                                           | Pyridoxini hydrochloridum | doustna                          | 50mg    | szt. | 1500           |                    |                |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                           |                                  |         |      |                |                    |                |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 11- Sunitynib**

| L.p.   | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka  | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|------|----------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1      | 2                                                                                                        | 3                           | 4                     | 5      | 6    | 7              | 8                  | 9                 | 10                                  | 11            | 12          | 13             |
| 1.     | Sutent                                                                                                   | Sunitynib                   | kapsułki              | 12,5mg | szt. | 560            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| 2.     | Sutent                                                                                                   | Sunitynib                   | kapsułki              | 25mg   | szt. | 560            |                    |                   |                                     |               |             |                |
| RAZEM: |                                                                                                          |                             |                       |        |      |                |                    |                   |                                     |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.

Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8)

\*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy



D/ZP/381/18A/16  
Załącznik nr 4.12

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 - Omalizumab**

| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna               | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1    | 2                                                                                                        | 3                           | 4                                   | 5     | 6    | 7              | 8                   | 9             | 10          | 11             |
| 1.   | Xolair                                                                                                   | Omalizumab                  | iniekcje-<br>ampułko-<br>strzykawka | 150mg | szt. | 100            |                     |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4 ,5 niniejszej tabeli.  
Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 13–Immunoglobuliny I**

| L.p.     | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis               | Postać farmaceutyczna | Dawka    | J.m.     | Wymagana ilość | Cena jednost. netto <b>za sztukę</b> | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|----------|----------|----------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                                                                                     | <b>3</b>                                  | <b>4</b>              | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b>       | <b>8</b>                             | <b>9</b>      | <b>10</b>   | <b>11</b>      |
| <b>1</b> | .....<br>.....                                                                               | Immunoglobulinum humanum normale<br><br>- | Iniekcje              | 160mg/ml | sztuka   | 200            |                                      |               |             |                |

\***Nazwę oferowanego produktu** spełniającego wymagania określone w kolumnie 3, 4 ,5 niniejszej tabeli należy wpisać **w kolumnie 2** .

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 14–Immunoglobuliny II**

| L.p.     | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis                                                                                                                                                                                                                                         | Postać farmaceutyczna | Dawka    | J.m.     | Wymagana ilość | Cena jednost. netto ( <b>za 1 gram</b> ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|----------|----------------|------------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                                                                                     | <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>4</b>              | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b>       | <b>8</b>                                 | <b>9</b>      | <b>10</b>   | <b>11</b>      |
| <b>1</b> | .....                                                                                        | Immunoglobulinum humanum normale<br><br>- roztwór o stężeniu 10%;<br>- różnorodność dostępnych opakowań: np.5g, 10g, 20g, ;<br>-stężenie IgG w preparacie: co najmniej 98%;<br>- stężenie IgA w preparacie: max 25µg/ml; g.<br>2-3 procedury unieczynniania wirusów | iniekcje              | 100mg/ml | g        | 500            |                                          |               |             |                |

\***Nazwę oferowanego produktu** spełniającego wymagania określone w kolumnie 3, 4 ,5 niniejszej tabeli należy wpisać **w kolumnie 2** .

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania  
wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 15- Cisplatyna , Oksaliplatyna,**

| L.p.   | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna                                 | Dawka   | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|--------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1      | 2                           | 3                                                     | 4       | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1      | Cisplatinum                 | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 10 ml  | 1 mg/ml | szt. | 20             |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 50 ml  |         | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 100 ml |         | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
| 2      | Oxaliplatinum               | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 10 ml  | 5 mg/ml | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 20 ml  |         | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 40 ml  |         | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
| RAZEM: |                             |                                                       |         |      |                |                     |               |             |                |                            |         |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

**PODANIE NAZWY PRODUCENTA JEST WYMAGANE OBOWIĄZKOWO**

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 16-Aprepitantum**

| L.p. | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka                  | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1    | 2                           | 3                     | 4                      | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1    | Aprepitantum                | kaps.twarde           | 3kaps(125mg+80mg+80mg) | op.  | 200            |                     |               |             |                |                            |         |

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/18A/16  
Załącznik nr 4.17

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 17- Cyclofosfamid**

| L.p.     | Nazwa międzynarodowa<br>i opis | Postać farmaceutyczna                              | Dawka    | J.m.     | Wymagana<br>ilość | Cena<br>jednost.<br>netto | Wartość netto | Podatek<br>VAT | Wartość<br>brutto | Nazwa<br>handlowa,<br><b>producent</b> | Kod EAN   |
|----------|--------------------------------|----------------------------------------------------|----------|----------|-------------------|---------------------------|---------------|----------------|-------------------|----------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                       | <b>3</b>                                           | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>          | <b>7</b>                  | <b>8</b>      | <b>9</b>       | <b>10</b>         | <b>11</b>                              | <b>12</b> |
| 1        | Cyclophosphamidum              | proszek do sporządzenia<br>roztworu do wstrzykiwań | 1000 mg  | szt.     | 350               |                           |               |                |                   |                                        |           |

\* Wymagane podanie łącznej masy substancji pomocniczych dla każdej dawki-udokumentowane przez producenta w formie papierowej(dostarczone wraz z ofertą)

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 18 - Gemcytabina**

| L.p.   | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna                                | Dawka    | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|--------|-----------------------------|------------------------------------------------------|----------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1      | 2                           | 3                                                    | 4        | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1.     | Gemcitabinum                | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 5 ml  | 40 mg/ml | szt. | 50             |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 25 ml |          | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 50 ml |          | szt. | 200            |                     |               |             |                |                            |         |
| RAZEM: |                             |                                                      |          |      |                |                     |               |             |                |                            |         |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

**PODANIE NAZWY PRODUCENTA JEST WYMAGANE OBOWIĄZKOWO**

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 19- Paklitaksel**

| L.p.   | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna                                   | Dawka   | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|--------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|---------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1      | 2                           | 3                                                       | 4       | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1      | Paclitaxelum                | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 5 ml     | 6 mg/ml | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 16,67 ml |         | szt. | 200            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 43,33 ml |         | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 50 ml    |         | szt. | 200            |                     |               |             |                |                            |         |
| RAZEM: |                             |                                                         |         |      |                |                     |               |             |                |                            |         |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

**PODANIE NAZWY PRODUCENTA JEST WYMAGANE OBOWIĄZKOWO**

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy



**FORMULARZ CENOWY  
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 20 Irynotekan**

| L.p.   | Nazwa międzynarodowa i opis            | Postać farmaceutyczna                               | Dawka    | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|--------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1      | 2                                      | 3                                                   | 4        | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1      | Irinotecani hydrochloridum trihydricum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 2 ml | 20 mg/ml | szt. | 20             |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                                        | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 5 ml |          | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
| RAZEM: |                                        |                                                     |          |      |                |                     |               |             |                |                            |         |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

**PODANIE NAZWY PRODUCENTA JEST WYMAGANE OBOWIĄZKOWO**

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 21- Vinblastyna**

| L.p. | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna                               | Dawka   | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent | Kod EAN |
|------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|---------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|---------------------------|---------|
| 1    | 2                           | 3                                                   | 4       | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                        | 12      |
| 1    | Vinblastin                  | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 10ml | 1mg/1ml | szt. | 50             |                     |               |             |                |                           |         |

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 22 - Endoxaparinum natricum**

| L. p.         | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka      | J.m.     | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość Opakowań ** | Cena jednost. netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------|----------|----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>1</b>      | <b>2</b>                                                                                                | <b>3</b>                    | <b>4</b>              | <b>5</b>   | <b>6</b> | <b>7</b>       | <b>8</b>           | <b>9</b>          | <b>10</b>                            | <b>11</b>     | <b>12</b>   | <b>13</b>      |
| 1             | Clexane                                                                                                 | Endoxaparinum natricum      | iniekcje 0,4ml        | 40mg/0,4ml | szt.     | 1000           |                    |                   |                                      |               |             |                |
|               | Clexane                                                                                                 | Endoxaparinum natricum      | iniekcje 0,6ml        | 60mg/0,6ml | szt.     | 300            |                    |                   |                                      |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                         |                             |                       |            |          |                |                    |                   |                                      |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli.  
Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/18A/16  
Załącznik nr 4.23

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 23- Pemetreksedum**

| L.p.   | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna                                   | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent* | Kod EAN |
|--------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|-------|------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|---------|
| 1      | 2                           | 3                                                       | 4     | 5    | 6              | 7                   | 8             | 9           | 10             | 11                         | 12      |
| 1      | Pemetreksedum               | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | 100   | szt. | 100            |                     |               |             |                |                            |         |
|        |                             | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | 500   | szt. | 20             |                     |               |             |                |                            |         |
| RAZEM: |                             |                                                         |       |      |                |                     |               |             |                |                            |         |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

**PODANIE NAZWY PRODUCENTA JEST WYMAGANE OBOWIĄZKOWO**

Wymagane podanie łącznej masy substancji pomocniczych dla każdej dawki-udokumentowane przez producenta w formie papierowej(dostarczone wraz z ofertą)

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/18A/16  
Załącznik nr 4.24

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 24- Trastuzumab**

| L.p.     | Nazwa międzynarodowa<br>i opis | Postać farmaceutyczna                                 | Dawka    | J.m.     | Wymagana<br>ilość | Cena<br>jednost.<br>netto | Wartość netto | Podatek<br>VAT | Wartość<br>brutto | Nazwa<br>handlowa,<br>producent | Kod EAN   |
|----------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------|---------------------------|---------------|----------------|-------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                       | <b>3</b>                                              | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>          | <b>7</b>                  | <b>8</b>      | <b>9</b>       | <b>10</b>         | <b>11</b>                       | <b>12</b> |
| <b>1</b> | Trastuzumab                    | proszek do sporządzania<br>roztworu do<br>wstrzykiwań | 150mg    | szt.     | 70                |                           |               |                |                   |                                 |           |

Wymagane podanie łącznej masy substancji pomocniczych dla każdej dawki-udokumentowane przez producenta w formie papierowej(dostarczone wraz z ofertą)

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 25- Dokсорubicyna liposomalna pegylowana**

| L.p.     | Nazwa międzynarodowa<br>i opis         | Postać farmaceutyczna                                     | Dawka    | J.m.     | Wymagana<br>ilość | Cena<br>jednost.<br>netto | Wartość netto | Podatek<br>VAT | Wartość<br>brutto | Nazwa<br>handlowa,<br>producent | Kod EAN   |
|----------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------|---------------------------|---------------|----------------|-------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                               | <b>3</b>                                                  | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>          | <b>7</b>                  | <b>8</b>      | <b>9</b>       | <b>10</b>         | <b>11</b>                       | <b>12</b> |
| <b>1</b> | Doxorubicinum<br>liposomanum pegylatum | koncentrat do<br>sporządzania roztworu<br>do infuzji 10ml | 2mg/ml   | szt.     | 50                |                           |               |                |                   |                                 |           |

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/18A/16  
Załącznik nr 4.26

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 26- Abiraterone**

| L.p. | Nazwa międzynarodowa i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost. netto za sztukę | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa, producent | Kod EAN |
|------|-----------------------------|-----------------------|-------|------|----------------|-------------------------------|---------------|-------------|----------------|---------------------------|---------|
| 1    | 2                           | 3                     | 4     | 5    | 6              | 7                             | 8             | 9           | 10             | 11                        | 12      |
| 1    | Abiraterone                 | doustna               | 250mg | szt. | 720            |                               |               |             |                |                           |         |

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 27- Mitoxantron**

| L.p.     | Nazwa międzynarodowa<br>i opis | Postać farmaceutyczna                                     | Dawka    | J.m.     | Wymagana<br>ilość | Cena<br>jednost.<br>netto za<br>sztukę | Wartość netto | Podatek<br>VAT | Wartość<br>brutto | Nazwa<br>handlowa,<br>producent | Kod EAN   |
|----------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------|----------------------------------------|---------------|----------------|-------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b>                       | <b>3</b>                                                  | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>          | <b>7</b>                               | <b>8</b>      | <b>9</b>       | <b>10</b>         | <b>11</b>                       | <b>12</b> |
| <b>1</b> | Mitoxantron                    | koncentrat do<br>sporządzania roztworu<br>do infuzji 10ml | 2mg/ml   | szt.     | 60                |                                        |               |                |                   |                                 |           |

Wymagane podanie gęstości koncentratu – udokumentowane przez producenta

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy



**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 28 - Alergeny I**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis                               | Postać farmaceutyczna | Dawka                              | J.m.  | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|
| 1             | 2                                                                                                        | 3                                                         | 4                     | 5                                  | 6     | 7              | 8                   | 9             | 10          | 11             |
| 1             | Pharmalgen<br>Hymenoptera venoms                                                                         | wyciągi alergenowe jądów owadów błonoskrzydłych(pszczoły) | iniekcje              | fiol.proszku (stęż.1-4)+fiol.rozp. | opak. | 2              |                     |               |             |                |
| 2             | Pharmalgen<br>Hymenoptera venoms                                                                         | wyciągi alergenowe jądów owadów błonoskrzydłych(osy)      | iniekcje              | fiol.proszku (stęż.1-4)+fiol.rozp. | opak. | 2              |                     |               |             |                |
| 3             | Pharmalgen<br>Hymenoptera venoms                                                                         | wyciągi alergenowe jądów owadów błonoskrzydłych(pszczoły) | iniekcje              | fiol.proszku (stęż.4)+fiol.rozp.   | opak. | 2              |                     |               |             |                |
| 4             | Pharmalgen<br>Hymenoptera venoms                                                                         | wyciągi alergenowe jądów owadów błonoskrzydłych(osy)      | iniekcje              | fiol.proszku (stęż.4)+fiol.rozp.   | opak. | 2              |                     |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                          |                                                           |                       |                                    |       |                |                     |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4 ,5 niniejszej tabeli.  
Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **naależy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**  
**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**Część 29 - Alergeny II**

| L.p.          | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli * | Nazwa międzynarodowa i opis                               | Postać farmaceutyczna | Dawka          | J.m.     | Wymagana ilość | Cena jednost. netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------|----------------|---------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>1</b>      | <b>2</b>                                                                                                 | <b>3</b>                                                  | <b>4</b>              | <b>5</b>       | <b>6</b> | <b>7</b>       | <b>8</b>            | <b>9</b>      | <b>10</b>   | <b>11</b>      |
| <b>1</b>      | Alutard SQ                                                                                               | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(pszczoły) | iniekcje              | 4 fiołki a 5ml | opak.    | 6              |                     |               |             |                |
| <b>2</b>      | Alutard SQ                                                                                               | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(osy)      | iniekcje              | 4 fiołki a 5ml | opak.    | 9              |                     |               |             |                |
| <b>RAZEM:</b> |                                                                                                          |                                                           |                       |                |          |                |                     |               |             |                |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4 ,5 niniejszej tabeli.  
Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

.....  
pieczęć firmowa wykonawcy

### Wykaz wykonanych/wykonywanych dostaw

Nazwa wykonawcy: .....  
Siedziba:.....  
Regon: ..... NIP:.....  
Tel. ....Fax:.....  
Internet:.....e-mail:.....

|   | Opis dostawy | Wartość | Data wykonania | Miejsce wykonania |
|---|--------------|---------|----------------|-------------------|
| 1 |              |         |                |                   |
| 2 |              |         |                |                   |
| 3 |              |         |                |                   |
|   |              |         |                |                   |
|   |              |         |                |                   |
|   |              |         |                |                   |

#### UWAGA!

Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że ww. dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie

W przypadku przedstawiania dowodów dla dostaw nadal wykonywanych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert .

Jeżeli Wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów należy do powyższego wykazu dołączyć **pisemne** zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/  
osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

.....  
pieczęć firmowa wykonawcy

**LISTA PODMIOTÓW NALEŻĄCYCH DO TEJ SAMEJ  
GRUPY KAPITAŁOWEJ CO WYKONAWCA \***

w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji  
i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

**INFORMACJA WYKONAWCY ,  
ŻE NIE NALEŻY DO GRUPY KAPITAŁOWEJ \***

(o której mowa w art.24 ust.2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych)

Informuję, że nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o  
ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

\*należy podpisać uzupełnioną listę lub informację

**UMOWA –wzór**

Zawarta w dniu ..... w Katowicach pomiędzy:

.....  
z siedzibą: .....  
wpisanym .....  
NIP .....  
REGON .....  
zwanym w treści umowy Zamawiającym,  
reprezentowanym przez:  
.....

a

.....  
z siedzibą: .....  
wpisanym do ..... pod nr .....  
NIP .....  
REGON .....  
zwanym w treści umowy Wykonawcą  
reprezentowanym przez:  
.....

W wyniku przeprowadzenia przez Zamawiającego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego – zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164) została zawarta umowa następującej treści:

**§ 1.**

**PRZEDMIOT UMOWY**

Na podstawie oferty wybranej w w/w postępowaniu Zamawiający zamawia, a Wykonawca przyjmuje do wykonania sprzedaż i dostarczanie do siedziby Zamawiającego **produktów leczniczych**, których ilość, rodzaj i cena wymienione są w załączniku nr 1 (formularze asortymentowo-cenowe wybranej w postępowaniu oferty).

**§ 2.**

**WARUNKI REALIZACJI UMOWY**

1. Wykonawca zobowiązuje się realizować umowę zgodnie z:
  - a) obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności zgodnie z ustawą z dnia 06 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne ( Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 z późn. zm),
  - b) warunkami wynikającymi z treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Dostarczane produkty lecznicze powinny być przez Wykonawcę odpowiednio opakowane i oznakowane (tj. muszą posiadać oznakowanie informujące o nazwie, ilości, dacie ważności, nazwie producenta, numerze serii).
3. Transport produktów leczniczych powinien przebiegać z uwzględnieniem wymogów przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271 ze zmianami) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy i w warunkach zgodnych z zaleceniami producenta.
4. Okres przydatności do użycia dostarczanych produktów leczniczych nie może być krótszy niż  $\frac{3}{4}$  określonego dla niego okresu przydatności licząc od dnia dostawy.
5. Każdorazowa dostawa częściowa zamówionych produktów leczniczych odbywać się będzie na podstawie zamówień składanych przez Aptekę Szpitalną.
6. Zamówienia będą składane Wykonawcy za pośrednictwem poczty e-mail lub faxem na adres lub numer podany w niniejszej umowie.
7. Wykonawca zobowiązany jest terminowo realizować wszystkie dostawy częściowe zgodnie ze złożonymi zamówieniami zarówno pod względem ilościowym i asortymentowym.
8. Zamawiający upoważnia do składania zamówień na dostawy częściowe Kierownika Apteki Szpitalnej e-mail apteka@szpitalceglana.pl fax nr (32) 358-12-05 .
9. Wykonawca upoważnia do przyjmowania zamówień na dostawy częściowe .....  
e-mail ..... fax nr .....

10. Wykonawca będzie realizował dostawy częściowe w asortymencie i ilości wskazanej w zamówieniach, o których mowa w ust. 5 i 6 niniejszego paragrafu w terminie ..... dnia od dnia złożenia zamówienia *(zgodnie z zaoferowanym w ofercie terminem)*
11. Wykonawca ponosi koszty transportu, ubezpieczenia oraz dostarczenia produktów leczniczych do pomieszczeń magazynowych wskazanych przez pracownika Apteki Szpitalnej .
12. Wykonawca załączy do pierwszej dostarczonej partii produktów leczniczych „Karty charakterystyki” w formie papierowej *(dotyczy tylko części 15,17,18,19,20,21,23,24,25,27)*
13. Przyjęcie przez Zamawiającego przesyłki zawierającej Produkty lecznicze dostarczonej przez przedstawiciela Wykonawcy (dotyczy także przewoźnika lub innego podmiotu realizującego dostawę na zlecenie Wykonawcy) nie jest poprzedzane badaniem ilościowo – asortymentowym lub jakościowym dostarczonego towaru. Przyjęcie takiej przesyłki przez Zamawiającego nie jest równoznaczne z potwierdzeniem, że przedmiotowy asortyment został dostarczony w ilości i jakości zgodnej z zamówieniem.
14. Wykonawca zapewnia terminowość dostaw, a ewentualne przeszkody zaistniałe po stronie Wykonawcy lub producenta nie mogą wpłynąć na terminowość dostaw oraz odpowiedzialność Wykonawcy.
15. Zamawiający ma prawo do składania zamówień bez ograniczeń co do zakresu i ilości , a także prawo do nie wykorzystania pełnego zakresu asortymentu objętego umową w przypadku zmniejszonego zapotrzebowania.

### **§ 3.**

#### **WYNAGRODZENIE I WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Wynagrodzenie Wykonawcy za zrealizowanie całej umowy, zgodnie ze złożoną ofertą nie może przekroczyć kwoty: *(osobno w zależności od uzyskanych części)*  
**brutto:**.....zł (słownie:..... )  
**netto:** .....zł należny podatek VAT :.....zł
2. Ceny jednostkowe produktów leczniczych określone zostały w załączniku nr 1 do umowy.
3. Zapłata za każdą zamówioną przez Zamawiającego i dostarczoną zgodnie z umową partię produktów leczniczych nastąpi przelewem na wskazany na fakturze VAT rachunek Wykonawcy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT. W przypadku gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie.
4. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

### **§4.**

#### **REKLAMACJE**

1. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, że dostarczony produkt leczniczy nie posiada oznakowania określonego w § 2 ust. 2 umowy, stwierdzenia braków ilościowych w stosunku do zamówienia częściowego, stwierdzenia wadliwości lub niezgodności dostarczonego produktu leczniczego ze złożoną ofertą - Zamawiający zgłosi pisemną reklamację Wykonawcy. Zgłoszenie reklamacji może nastąpić również za pośrednictwem faksu lub telefonicznie na numer wskazany w umowie.
2. Wykonawca rozpatrzy reklamację Zamawiającego w terminie 2 dni roboczych od daty zgłoszenia reklamacji. Nie udzielenie odpowiedzi w tym terminie lub brak podania przyczyn nie uznania zasadności reklamacji w tym terminie uważane będzie za uwzględnienie reklamacji.
3. W przypadku uznania reklamacji Zamawiającego za zasadną Wykonawca w terminie 2 dni roboczych od dnia uznania reklamacji uzupełni braki ilościowe, wymieni wadliwe produkty na wolne od wad lub na zgodne ze złożoną ofertą.
4. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego braków ilościowych, wadliwości lub niezgodności produktów leczniczych ze złożoną ofertą albo braku oznakowania dostarczonych produktów leczniczych w sposób określony w § 2 ust. 2 umowy do dnia usunięcia tych uchybień zamówienie częściowe będzie uważane za niezrealizowane.
5. Wszelkie koszty związane z usunięciem uchybień objętych reklamacją Zamawiającego obciążają Wykonawcę.
6. W przypadku niewykonania przez Wykonawcę dostawy zamówionych produktów leczniczych na zasadach i w terminie określonym w niniejszej Umowie oraz gdy będzie to niezbędne do zapewnienia prawidłowego udzielania świadczeń usług medycznych a w szczególności zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów przez Zamawiającego, Zamawiający ma prawo zakupu u innego dostawcy niedostarczonych w terminie produktów leczniczych, tożsamy, co do nazwy międzynarodowej oraz sposobu podania. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany będzie do zwrotu Zamawiającemu kosztów poniesionych przez Zamawiającego w związku z zakupem produktów leczniczych u podmiotu trzeciego, które przewyższają ustaloną przez Strony cenę

produktów leczniczych. Skorzystanie z powyższego uprawnienia nie pozbawia Zamawiającego żadnych innych przewidzianych prawem albo zapisami niniejszej umowy roszczeń i praw.

## **§ 5.**

### **KARY UMOWNE**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
  - a) w wysokości 0,5% wartości brutto produktów leczniczych niedostarczonych w ramach danego zamówienia częściowego - za każdy dzień opóźnienia.
  - b) w wysokości 0,5% wartości brutto danego zamówienia częściowego – za każdy dzień opóźnienia w realizacji obowiązków określonych w § 4 ust. 3 niniejszej umowy,
  - c) w wysokości 10% kwoty wynagrodzenia brutto *za daną część zamówienia* określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy – w przypadku odstąpienia od umowy *w tej części* lub rozwiązania *w tej części* umowy ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn, za które odpowiada Wykonawca.
2. Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych poprzez potrącenie ich na podstawie księgowej noty obciążeniowej z jakimikolwiek należnościami Wykonawcy, aż do całkowitego zaspokojenia roszczeń. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych powyżej, księgowa nota obciążeniowa płatna będzie do 14 dni od daty jej wystawienia przez Zamawiającego.
3. W przypadku, gdy wysokość wyrządzonej szkody przewyższa naliczoną karę umowną Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

## **§ 6.**

### **ROZWIĄZANIE I ODSZTĄPIENIE OD UMOWY**

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od daty powzięcia wiadomości o takich okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający może rozwiązać umowę *w zakresie danej części określonej w §3 ust 1* ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy:
  - a) Wykonawca pięciokrotnie nie dotrzyma terminów realizacji dostaw częściowych określonych zgodnie z § 2 ust. 10 niniejszej umowy;
  - b) opóźnienie w zrealizowaniu dostawy częściowej przekroczy 10 dni kalendarzowych;
  - c) Wykonawca opóźni się z realizacją któregośkolwiek z obowiązków określonych w § 4 umowy o ponad 10 dni kalendarzowych.
3. Oświadczenie Zamawiającego o rozwiązaniu umowy zostanie wysłane listem poleconym na adres Wykonawcy podany w umowie.
4. Rozwiązanie umowy na podstawie ust. 2 niniejszego paragrafu nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kar umownych i odszkodowań.

## **§ 7.**

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Umowa zawarta jest na okres 18 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy - Prawo zamówień publicznych i Kodeksu Cywilnego.
3. W przypadku niejasności w zapisach niniejszej umowy Strony mogą odwołać się do zapisów w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
4. Strony dopuszczają zmiany w umowie w zakresie:
  - a) zmiany danych stron (np. zmiana siedziby, adresu, nazwy) wymagają dla swej skuteczności pisemnego powiadomienia drugiej strony.
  - b) zmiany na nowy produkt leczniczy równoważny ( zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 06 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne ) po cenie nie wyższej niż zaoferowana w ofercie w przypadku braku oferowanego produktu leczniczego ( zaprzestania produkcji, wycofania z obrotu, utraty refundacji leku). W razie zaistnienia takiej okoliczności strony zawrą pisemny aneks do umowy. W przypadku gdy w okresie jednego miesiąca od powzięcia wiadomości o braku oferowanego produktu leczniczego strony nie osiągną pisemnego porozumienia co do warunków dostarczania nowego, równoważnego produktu leczniczego umowa ulega rozwiązaniu w tej części z ostatnim dniem tego miesięcznego terminu.
  - c) tymczasowego dostarczania Produktu leczniczego w jednostkowych opakowaniach o pojemności stanowiącej wielokrotność dawki określonej w ofercie Wykonawcy w przypadku braku dostępności na rynku produktu leczniczego w zaoferowanej dawce. Zmiana taka uważana jest za nieistotną zmianę umowy niewymagającą pisemnego aneksu jedynie w przypadku gdy zachowane są wszystkie, następujące warunki:
    - zmiana wielkości opakowań następuje jednocześnie z proporcjonalną zmianą ceny oraz
    - wartość brutto umowy w części odnoszącej się do Produktu leczniczego, którego dotyczy zmiana nie ulega zmianie.

- d) zmiany cen Produktów leczniczych wynikającej z wprowadzenia w trybie przewidzianym prawem zmian dotyczących urzędowych cen zbytu leków. Zmiany takie mogą dotyczyć podwyższenia ceny, obniżenia ceny, wprowadzenia ceny urzędowej na dany lek lub zniesienia urzędowej ceny zbytu dla danego leku. W przypadku podwyższenia ceny strony zawrą pisemny aneks do umowy określający nowe ceny Produktów leczniczych uwzględniający zmiany urzędowych cen zbytu leków. Aneks będzie obowiązywał od chwili od której wejdzie w życie zmiana dotycząca urzędowej ceny zbytu danego leku. W przypadku gdy w terminie dwóch tygodni od daty obwieszczenia dotyczącego urzędowej ceny zbytu leku strony nie osiągną porozumienia w zakresie treści takiego aneksu Zamawiający ma prawo rozwiązać ze skutkiem natychmiastowym umowę w części dotyczącej dostawy Produktu leczniczego, którego dotyczy zmiana urzędowej ceny zbytu.
- W przypadku obniżenia ceny urzędowej poniżej ceny podanej w Umowie lub wprowadzenia ceny urzędowej niższej niż cena podana w Umowie cena za dany Produkt leczniczy ulega automatycznie obniżeniu do wysokości ceny urzędowej, a zmiana taka nie wymaga sporządzenia pisemnego aneksu do Umowy.
- e) stałego, czasowego lub dotyczącego konkretnej ilości obniżenia cen jednostkowych Produktu leczniczego na podstawie rabatów (upustów, itp.) udzielonych przez Wykonawcę. W przypadku stałego obniżenia ceny strony zawrą pisemny aneks do umowy. W przypadku czasowego lub dotyczącego konkretnej ilości Produktu leczniczego obniżenia ceny zmiana taka nie będzie wymagać sporządzenia pisemnego aneksu do umowy pod warunkiem, że udzielenie rabatu przez Wykonawcę będzie uwidocznione na fakturze Wykonawcy przynajmniej poprzez zawarcie informacji o wysokości rabatu. Potwierdzeniem takiej zmiany (przyjęciem rabatu) ze strony Zamawiającego będzie w takim przypadku zapłata faktury. W przypadku gdy Wykonawca nie umieści na fakturze informacji o wysokości rabatu konieczne będzie zawarcie pisemnego aneksu do Umowy.
5. Strony dopuszczają możliwość podwyższenia wynagrodzenia należnego Wykonawcy wyłącznie w formie pisemnego aneksu do niniejszej umowy. Zmiana taka może nastąpić w przypadku zaistnienia przynajmniej jednej z następujących okoliczności:
- a) zmiany stawki podatku od towarów i usług,
  - b) zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
  - c) zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne
- pod warunkiem, że zmiany takie będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę.
- W przypadku zaistnienia powyższych okoliczności Strona zamierzająca uzyskać zmianę wysokości wynagrodzenia zobowiązana jest do złożenia drugiej Stronie pisemnego wniosku o wprowadzenie stosownej zmiany. Wniosek o zmianę wynagrodzenia musi zawierać:
- a) wskazanie okoliczności stanowiącej podstawę do zmiany
  - b) uzasadnienie wskazujące jaki wpływ ma okoliczność na wysokość wynagrodzenia wykonawcy,
  - c) propozycję nowej wysokości wynagrodzenia.
- Na skutek złożonego, kompletnego wniosku spełniającego wymagania określone powyżej Strony w terminie 10 dni podejmą negocjacje dotyczące nowej wysokości wynagrodzenia. W przypadku uzgodnienia nowej wysokości wynagrodzenia Strony zawrą stosowny pisemny aneks do umowy.
6. Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby wykonawca powoływał się, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, Wykonawca jest obowiązany wykazać Zamawiającemu, iż proponowany inny podwykonawca lub wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż wymagany w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.
7. Wykonawca nie może bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Zamawiającego, przenieść jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie.
8. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela, może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący Zamawiającego.
9. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
10. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy

Załączniki do umowy:

1. Formularz asortymentowo-cenowy

**Wykonawca**

**Zamawiający**