Dąbrowa Białostocka dnia 26.01.2016r.

Nr sprawy: SP ZOZ/ ZP leki /01/16

**WYKONAWCY**

(nazwa i adres wykonawcy )

ZAPYTANIE OFERTOWE

1. Zamawiający :

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,

ul. M.C. Skłodowskiej 15,

16 – 200 Dąbrowa Białostocka

zaprasza do złożenia oferty na**: dostawę leków do apteki szpitalnej.**

1. Przedmiot zamówienia**:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków do apteki szpitalnej SPZOZ w Dąbrowie Białostockiej, ul. M.C. Skłodowskiej 15, 16-200 Dąbrowa Białostocka wg poniższego wyszczególnienia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 1** | | | |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1 | Levofloxacinum 500 mg x 7 tabl. powl. | op | 3 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 2** | | | |
| 1 | 2 | 5 | 6 |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1 | Insulina ludzka , szybko- i długodziałająca (zmniejsza stężenie cukru we krwi w ciągu 30 min; działanie hipoglikemizujace utrzymuje się do 24h po podaniu) - 300jm/3ml, inj., 5 wkładów | op | 15 |
| 2 | Insulin human insulin biphasic injection 30/70 300jm/3ml x 5 wkładów | op | 10 |
| 3 | Insulin human insulin biphasic injection 50/50 300jm/3ml x 5 wkładów | op | 10 |
| 4 | Insulina ludzka , szybkodziałająca (zmniejsza stężenie cukru we krwi w ciągu 30 min; max. działanie występuje po 1-3h po podaniu; działanie hipoglikemizujace utrzymuje się do 8h po podaniu) - 300jm/3ml, inj., 5 wkładów | op | 10 |
| 5 | Glucagon hydrochloride 1mg/1fiolka + rozp. + 1 strzyk. | op | 5 |
| 6 | Insulina lispro 25% + zawiesina protaminowa insuliny lispro 75 % 300jm/3ml x 5 wkładów | op | 12 |
| 7 | insulina analogowa szybko działająca (początek działania w ciągu 10-20min. , działanie maksymalne 1-3 godz. , całkowity czas działania 3-5 godz. 300jm/3ml x 5 wkładów | op | 10 |
| 8 | Igły sterylne jedn. do insulin 30 x 8 /100 szt. | op | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 3** | | | |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1 | Nalewka z ziela ostróż,kwas octowy,etanol 100ml | fl | 20 |
| 2 | Parafina liq., benzyl benzate, parfum - 120 ml | fl | 10 |
| 3 | Dimeticon polimery dimeticanu, penetal - Żel spray - 60ml | fl | 10 |
| 4 | Benzylis benzoas, cytymoni bromidum - płyn 125ml | op | 30 |
| 5 | Betametazuny salic.acid. - maść 15g | op | 10 |
| 6 | Prep. złozony z wit.A i nienas. kwasy tłuszcz. - maść 20g | op | 50 |
| 7 | Prep.złoż. kolagenazy 1,2 g , proteaz tow. 0,24 g, podłoże lipofilne - maść 20g | op | 10 |
| 8 | Ketoprofen 25mg/g - Żel 100g | op | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 4** | | | |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1 | Prep.złoż. Arnica, clamisonis,calendula oficinalis, aesculus hipocastanum - maść 30 g | op | 15 |
| 2 | Benzudamine hydrochlor - żel - 50g | op | 10 |
| 3 | Salicylan met., menthol, 5,91% o. eukalip. 1,97%, ol. terpent.1,47%, substancje pomocn. - żel - 67 g | op | 10 |
| 4 | Ibuprofen 50mg, menthol 30 mg, subst.pomoc. żel - 50 g | op | 10 |
| 5 | Diclofenac sodium tribenoside aescine - żel - 50 g | op | 10 |
| 6 | Indometacin maść - 30 g | op | 10 |
| 7 | Żel hydrokoloidowy przyspieszajacy gojenie ran - 75g | op | 30 |
| 8 | Octenidine hydrochloride płyn 350 ml | op | 5 |
| 9 | Octenidine hydrochloride żel 20 ml | op | 10 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 5** | | | |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1 | Resorbowalna gąbka żelatynowa o działaniu hemostatycznym jednorazowego użytku 70x50x10 - 10szt. /op | op | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 6** | | | |
| **L.p** | **Nazwa leku** | **J.m** | **Ilość** |
| 1. | Biperiden hydrochloride 2mgx 50 tabl. | op. | 5 |
| 2. | Bencydane fumarate 100mg x 60tabl | op. | 4 |

1. Termin realizacji zamówienia:

12 miesięcy od dnia zawarcia umowy .

1. Miejsce lub sposób uzyskania informacji dotyczących zapytania ofertowego :

Informacje dotyczące Zapytania ofertowego można uzyskać zwracając się do

Zamawiającego pisemnie, faksem lub drogą elektroniczną na adres Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 15

16 – 200 Dąbrowa Białostocka

tel. 085 712 33 45 fax. 085 712 33 36

e-mail: [spzoz@home.pl](mailto:spzoz@home.pl)

Zamawiający dokonując modyfikacji lub udzielając wyjaśnień treści Zapytania

ofertowego poinformuje o tym wszystkich oferentów do których zostały skierowane

zapytania oraz treść udzielonych wyjaśnień zamieści na stronie internetowej SPZOZ.

**5.** Kryteria wyboru ofert:

cena 100 %

**6**. Wymagania jakie powinni spełniać wykonawcy zamówienia w zakresie dokumentów i

oświadczeń dostarczonych wraz z ofertą:

Wykonawcy są zobowiązani są złożyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

1) Sporządzony na podstawie Zapytania ofertowego Formularz Ofertowy (podpisany i

opieczętowany przez Wykonawcę) stanowiący - **Załącznik nr 1 do Zapytania**

**ofertowego**.

2) Formularz cenowy - Załącznik **nr 2 do Zapytania ofertowego**.

3) Aktualny odpis z właściwego rejestru lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji

Działalności Gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem

terminu składania ofert.

Dokumenty, powinien zostać złożony w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za

zgodność z oryginałem przez osobę /osoby/ upoważnioną do reprezentowania wykonawcy

zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub zaświadczeniem o wpisie do ewidencji

działalności gospodarczej.

4) Oryginał pełnomocnictwa (lub jego poświadczona przez osoby uprawnione kopia)

stwierdzające prawo do działania w imieniu Wykonawcy, jeżeli osobą podpisującą ofertę

nie jest osoba upoważniona na podstawie dokumentu wymienionego w pkt. 3

**7.**  Wzór umowy

Wzór umowy stanowi **Załączniki nr 3 zapytania ofertowego**

Złożenie przez Wykonawcę oferty będzie jednoznaczne z akceptacją zawartych we wzorze

umowy warunków.

**8**. Informacje dotyczące możliwości składania ofert częściowych

Zamawiający w niniejszym postępowaniu dopuszcza możliwość składania ofert

częściowych *(w podziale na pakiety)*

Oferta musi zawierać wszystkie pozycje wyszczególnione w danym pakiecie, złożenie

oferty nie obejmującej wszystkich pozycji pakietu spowoduje jej odrzucenie.

**9**. Sposób przygotowania oferty:

Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej na Formularzu Ofertowym

stanowiącym Załącznik nr 1 do zapytania ofertowegoi wraz z wymaganymi przez

zamawiającego dokumentami umieścić w zabezpieczonej kopercie, opisanej w następujący

sposób: **nazwa i adres Wykonawcy**

**nazwa i adres Zamawiającego z adnotacją**

**„Oferta złożona w ramach zapytania ofertowego**

**na dostawę leków** *”*

**10.** Miejsce i termin złożenia ofert:

Ofertę należy złożyć do **dnia 02.02.2016r. do godz. 10.00**

w sekretariacie Zamawiającego w Dąbrowie Białostockiej ul. Skłodowskiej 15

**11**. Informacje dotyczące rozstrzygnięcia postępowania i podpisania umowy.

Zamawiający niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty powiadomi o tym

wszystkich wykonawców, którzy złożą oferty w przedmiotowym postępowaniu oraz

zamieści informację na stronie internetowej.

DYREKTORA

Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej

w Dąbrowie Białostockiej

**Jana Chodziutko**