

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

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

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** [Samodzielny Szpital Miejski im. PCK](#)**Adres pocztowy:** [ul. Sienkiewicza 79](#)**Miejscowość:** [Białystok](#)**Kod pocztowy:** [15-003](#)**Kraj:** [Polska](#)**Punkt kontaktowy:** [Samodzielny Szpital Miejski im. PCK ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok](#)**Tel.:** [085 66 48 519](#)**Osoba do kontaktów:** [Elżbieta Murawska](#)**E-mail:** szpitalpck@bialystok.home.pl**Faks:** [085 66 48 519](#)**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**Główny adres instytucji zamawiającej (URL): www.szpitalpck.bialystok.pl

Adres profilu nabywcy (URL):

Więcej informacji można uzyskać pod adresem:

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

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

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

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

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

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

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

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak nie

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

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

Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku zgodnie z zapotrzebowaniem i wymaganiami jakościowymi i technicznymi przedstawionymi w załączniku nr 2 do SIWZ.

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM

III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)

Każda oferta musi być zabezpieczona wadium o wartości 11 177,00 zł.

W przypadku składania ofert częściowych, wadium na poszczególne części wynosi:

- a) Pakiet nr 1 - 490,00
- b) Pakiet nr 2 - 1130,00
- c) Pakiet nr 3 - 750,00
- d) Pakiet nr 4 - 80,00
- e) Pakiet nr 5 - 2080,00
- f) Pakiet nr 6 - 570,00
- g) Pakiet nr 7 - 2550,00
- h) Pakiet nr 8 - 1300,00
- i) Pakiet nr 9 - 280,00
- j) Pakiet nr 10 - 450,00
- k) Pakiet nr 11 - 950,00
- l) Pakiet nr 12 - 100,00
- ł) Pakiet nr 13 - 440,00
- m) Pakiet nr 14 - 70,00

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

III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)

III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

III.2) WARUNKI UDZIAŁU

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

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

1.aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust.1 pkt.2 Pzp, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

2.aktualne zaświadczenie właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego, potwierdzające odpowiednio, 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 – wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,

3.aktualne zaświadczenie właściwego Naczelnika Urzędu skarbowego oraz oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego, 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 – wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

4.aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust.1 pkt. 4-8 ustawy – wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

5.Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24.ust.1 pkt.9 ustawy (dla podmiotów zbiorowych) – wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

6.koncesję lub zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.)

7.Wypełniony „Formularz ofertowy” – zgodnie z wzorem przedłożonym przez Zamawiającego, stanowiącym integralną część SIWZ – załącznik nr 1 do SIWZ

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

8. Wypełniony „Formularz cenowy” - zgodnie z wzorem przedłożonym przez Zamawiającego, stanowiącym integralną część SIWZ – załącznik nr 2 do SIWZ

9. Zaakceptowany „Wzór umowy”, wypełniony w zakresie osób reprezentujących Wykonawcę, osób odpowiedzialnych za bieżącą realizację zamówienia wraz z aktualnymi numerami telefonów, pod którymi będzie można składać zamówienia, stanowiący integralną część SIWZ – załącznik nr 5 do SIWZ

10. Dokumenty potwierdzające, że zaoferowane produkty lecznicze i wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2001r. Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.) i z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2004r. Nr 93, poz. 896 z późn. zm.) lub kserokopie dokumentów dopuszczających je do obrotu.

11. Oświadczenie wykonawcy, iż zaoferowane leki i wyroby medyczne posiadają termin ważności minimum 6 miesięcy od daty dostawy (w załączniku nr 1).

12. Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 oraz o braku podstaw do wykluczenia z postępowania – załącznik nr 3 do SIWZ

III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

<p>Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:</p> <p>informacja z banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, w których wykonawca posiada rachunek, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową wykonawcy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert</p>	<p>Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów</p> <p>(jeżeli dotyczy):</p>
---	--

III.2.3) Zdolność techniczna

<p>Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:</p> <p>wykaz wykonanych, w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz złożeniem dokumentu potwierdzającego, że te dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, zgodnie z wzorem przedłożonym przez Zamawiającego, stanowiącym integralną część SIWZ – załącznik nr 4 do SIWZ</p>	<p>Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów</p> <p>(jeżeli dotyczy):</p>
---	--

III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego SZpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

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

tak nie

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

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

tak nie

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) RODZAJ PROCEDURY

IV.1.1) Rodzaj procedury

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

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

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

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

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

tak nie

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

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

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

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

IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak nie

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

IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)

2/2010

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak nie

Jeżeli tak,

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

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

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów	
Data: 10/05/2010 (dd/mm/rrrr)	Godzina: 10:00
Dokumenty odpłatne	
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie	
Jeżeli tak , Cena (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
Warunki i sposób płatności:	

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 11/05/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:45

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

Data: (dd/mm/rrrr)

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

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

inny:

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

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach: LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

IV.3.8) Warunki otwarcia ofert

Data: 11/05/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

Miejsce (jeżeli dotyczy):

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak nie

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

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

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

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

Oficjalna nazwa: [Urząd Zamówien Publicznych](#)
Adres pocztowy: [ul. Postępu 17a](#)
Miejscowość: [Warszawa](#) Kod pocztowy: [02-676](#)
Kraj: [Polska](#) Tel.: [224587701](#)
E-mail: Faks: [224587700](#)
Adres internetowy (URL): <http://www.uzp.gov.pl>

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:
Adres pocztowy:
Miejscowość: Kod pocztowy:
Kraj: Tel.:
E-mail: Faks:
Adres internetowy (URL):

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

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

Terminy do wniesienia odwołania reguluje art. 182 ustawy Pzp

Odwołujący przesyła kopię odwołania zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia za pomocą jednego ze sposobów określonych w art. 27 ust. 2 ustawy.

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:*30/03/2010 (dd/mm/rrrr)*

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku**ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 1 NAZWA **Pakiet nr 1****1) KRÓTKI OPIS**

Ceftazydym

Cefuroximum

cefuroximum

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (2)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 2 NAZWA pakiet nr 2

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (3)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 3 NAZWA pakiet nr 3

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (4)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 4 NAZWA pakiet nr 4

1) KRÓTKI OPIS

Amikacinum

Ceftriaxonum

Cefotaximum

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (5)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA pakiet nr 5

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (6)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA pakiet nr 6

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (7)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 7 NAZWA pakiet nr 7

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (8)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 8 NAZWA pakiet nr 8

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (9)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 9 NAZWA pakiet nr 9

1) KRÓTKI OPIS

leki

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (10)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 10 NAZWA pakiet nr 10

1) KRÓTKI OPIS

żywienie

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (12)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 12 NAZWA pakiet nr 12

1) KRÓTKI OPIS

Inapamidum
 Diosminum+Hesperidinum
 Perindoprilum
 gliclazidum
 Perindoprilum
 Indapamidum+Perindoprilum
 Indapamidum+Perindoprilum
 Perindoprilum+Amlodipinum
 Perindoprilum+Amlodipinum
 Perindoprolum+Amlodipinum
 Perindoprilum+Amlodipinum
 Tianeptinum
 Trimetazidinum

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku

ZAŁĄCZNIK B (13)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 13 NAZWA pakiet nr 13

1) KRÓTKI OPIS

Amoxicillinum +acidum clavulanicum

Amoxicillinum +acidum clavulanicum

Doxycyclinum

Clarithromycinum

Doxycyclinum

Amoxicillinum

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa leków do działu farmacji szpitalnej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku**ZAŁĄCZNIK B (14)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 14 NAZWA pakiet nr 14

1) KRÓTKI OPIS

Albumina ludzka 20%

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

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

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

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

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA