

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:42849-2022:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Kup: Produkty farmaceutyczne
2022/S 018-042849**

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Podstawa prawna:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa i adresy

Oficjalna nazwa: Stobrowskie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup

Adres pocztowy: ul. Karola Miarki 14

Miejscowość: Kup

Kod NUTS: PL524 Opolski

Kod pocztowy: 46-082

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: Ewa Jonienc

E-mail: przetargi@szpital-kup.eu

Tel.: +48 774032860

Faks: +48 774274784

Adresy internetowe:

Główny adres: www.szpital-kup.eu

I.3) Komunikacja

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital-kup>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital-kup>

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres podany powyżej

I.4) Rodzaj instytucji zamawiającej

Inny rodzaj: Sp. z o. o.

I.5) Główny przedmiot działalności

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) Wielkość lub zakres zamówienia

II.1.1) Nazwa:

Dostawa leków i płynów infuzyjnych

Numer referencyjny: ZP/1/2022

II.1.2) Główny kod CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.1.3) Rodzaj zamówienia

Dostawy

II.1.4) **Krótki opis:**

1. Przedmiotem zamówienia jest: sukcesywna dostawa do siedziby Zamawiającego – APTEKA - (wraz z transportem i rozładunkiem w magazynie) produktów farmaceutycznych wymienionych w formularzach cenowych stanowiących załączniki nr 2 do SWZ.

2. Nazwy i kody zamówienia według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV): 33600000-6 Produkty farmaceutyczne

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia i warunki realizacji określa:

a) formularz oferty, który stanowi załącznik nr 1 do SWZ,

b) szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określają formularze cenowe z podziałem na zestawy, które stanowią załącznik nr 2 do SWZ,

c) projekt umowy, której wzór stanowi załącznik nr 5 do SWZ.

2. Miejscem realizacji dostaw będzie:

a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna – budynek główny Szpitala w Kup,

b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Pokój – Dział Farmacji – budynek główny Szpitala w Pokoju.

3. Każdorazowe zamówienie leków opatr

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

II.1.6) **Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: tak

Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 1

Część nr: 1

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna – budynek główny Szpitala w Kup,

b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

ADALIMUMAB INJ. 0,04 G/0,8 ML

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 2
Część nr: 2
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna – budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
BARICITINIB TABL 0,004 G X 35
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Cena
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 3
Część nr: 3
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

- a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

GOLIMUMAB INJ. 0,05 G/0,5ML X 1 WSTRZYKIWACZ

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 4
Część nr: 4

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

RITUXIMAB INJ. 0,1 G/10 ML [x2 FIOL.]

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 5

Część nr: 5

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna – budynek główny Szpitala w Kup,

b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

RITUXIMAB INJ. 0,5 G/50 ML x1 FIOL.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 6

Część nr: 6

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

- a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

SECUKINUMAB INJ. 0,15 G/1 ML X 2

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 7
Część nr: 7

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

TOCILIZUMAB INJ. 0,08 G/4 ML [x1 FIOL.]

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 8

Część nr: 8

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna – budynek główny Szpitala w Kup,

b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

TOCILIZUMAB INJ. 0,162 G/0,9 ML [x4 ampułkostrzykawki]

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 9

Część nr: 9

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

- a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

TOCILIZUMAB INJ. 0,4 G/20 ML [x1 FIOL.]

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 10
Część nr: 10

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

TOCILIZUMAB INJ. 0,2 G/10 ML [x10 ML]

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 1 - LEKI BIOLOGICZNE - poz. 11
Część nr: 11

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,

b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

TOFACITINIB TABL 0,005 G X 56

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 2
Część nr: 12

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

- a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

LEKI RÓŻNE w pozycjach od 1 do 28

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Zestaw 3
Część nr: 13

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL524 Opolski
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
a) Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup –Apteka Szpitalna –
budynek główny Szpitala w Kup,
b) Szpital Rehabilitacyjny w Pokoju, ul. Namysłowska 22, 46-034 Po

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PŁYNY INFUZYJNE w pozycjach od 1 do 14

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

III.1) **Warunki udziału**

III.1.1) **Zdolność do prowadzenia działalności zawodowej, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego**

Wykaz i krótki opis warunków:

Warunek zostanie spełniony jeżeli Wykonawca posiada aktualne Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, składu konsygnacyjnego lub kserokopię złożonego do rejestracji wykazu wytwarzanych produktów leczniczych lub zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania środków farmaceutycznych lub oświadczenie, że dla oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia takie zezwolenie nie jest wymagane.

III.1.2) **Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.

III.1.3) **Zdolność techniczna i kwalifikacje zawodowe**

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnienie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny.

III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**

III.2.2) **Warunki realizacji umowy:**

Wykonawca zobowiązuje się do sukcesywnej dostawy asortymentu w pozycjach i ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego, po uprzednim zgłoszeniu zamówienia.

Szczegółowe warunki realizacji zamówienia określono w specyfikacji warunków zamówienia i załącznikach.

Sekcja IV: Procedura

IV.1) **Opis**

IV.1.1) **Rodzaj procedury**

Procedura otwarta

IV.1.3) **Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

IV.1.8) **Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie

IV.2) **Informacje administracyjne**

IV.2.2) **Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału**

Data: 28/02/2022

Czas lokalny: 12:00

IV.2.3) **Szacunkowa data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału wybranym kandydatom**

IV.2.4) **Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału:**

Polski

IV.2.6) **Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą**

Oferta musi zachować ważność do: 27/05/2022

IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**

Data: 28/02/2022

Czas lokalny: 12:05

Miejsce:

Siedziba Zamawiającego

Informacje o osobach upoważnionych i procedurze otwarcia:

Otwarcie ofert jest niejawne

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) **Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie

VI.2) **Informacje na temat procesów elektronicznych**

Stosowane będą zlecenia elektroniczne

Akceptowane będą faktury elektroniczne

VI.3) **Informacje dodatkowe:**

1. O udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu zgodnie z art. 112 ust. 2 Pzp mogą ubiegać się wyłącznie Wykonawcy, którzy spełniają określone przez Zamawiającego warunki udziału w postępowaniu, w zakresie:

1) uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej. Warunek zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca posiada aktualne Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, składu konsygnacyjnego lub kserokopię złożonego do rejestracji wykazu wytwarzanych produktów leczniczych lub zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania środków farmaceutycznych lub oświadczenie, że dla oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia takie zezwolenie nie jest wymagane.

2. Do oferty wykonawca dołącza oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu, spełnianiu warunków udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym przez zamawiającego na formularzu jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (JEDZ),

3. Zamawiający przed wyborem najkorzystniejszej oferty wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia podmiotowych środków dowodowych tj.:

a) aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 108 ust. 1 pkt. 1, 2, 4 pzp, sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem;

Uwaga: W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (w szczególności członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej) odpis musi złożyć każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

b) odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji w zakresie określonym w art. 109 ust. 1 pkt. 4 pzp., sporządzonego nie wcześniej niż 3 miesiące przed jej złożeniem, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.

c) oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy (JEDZ), w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego – wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do SWZ.

d) Oświadczenie Wykonawcy, że posiada aktualne Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, składu konsygnacyjnego lub kserokopię złożonego do rejestracji wykazu wytwarzanych produktów leczniczych lub zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w

zakresie wytwarzania środków farmaceutycznych lub oświadczenie, że dla oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia takie zezwolenie nie jest wymagane.

4. Informacje dla wykonawców zagranicznych-W przypadku kiedy Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów o których mowa w pkt. 3.a) – składa informację z odpowiedniego rejestru, takiego jak rejestr sądowy, albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania; zamiast dokumentów o których mowa w pkt. 3.b) – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji, nie ogłoszono upadłości, jego aktywami nie zarządza likwidator lub sąd, nie zawarł układu z wierzycielami, jego działalność gospodarcza nie jest zawieszona ani nie znajduje się on w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury.

5. Zamawiający oświadcza, że spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

VI.4) **Procedury odwoławcze**

VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17A

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

Tel.: +48 224587801

Adres internetowy: <http://www.uzp.gov.pl/kio>

VI.4.3) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

1. Środki ochrony prawnej przysługują Wykonawcy, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów PZP.

2. Odwołanie przysługuje na:

1) niezgodną z przepisami ustawy czynność zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym na projektowane postanowienie umowy;

2) zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do której zamawiający był obowiązany na podstawie ustawy;

3) zaniechanie przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie ustawy, mimo że zamawiający był do tego obowiązany.

3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej albo w formie elektronicznej albo w postaci elektronicznej opatrzone podpisem zaufanym.

4. Odwołujący przekazuje zamawiającemu odwołanie wniesione w formie elektronicznej albo postaci elektronicznej albo kopię tego odwołania, jeżeli zostało ono wniesione w formie pisemnej, przed upływem terminu 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 publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia dokumentów zamówienia na stronie internetowej oraz w terminie 10 dni od dnia przekazania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia.

6. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej oraz postanowienie Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, o którym mowa w art. 519 ust. 1 pzp, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga

do sądu. Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie za pośrednictwem Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej.

7. Szczegółowe informacje dotyczące środków ochrony prawnej określone są w Dziale IX „Środki ochrony prawnej” pzp.

VI.4.4) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

Tel.: +48 224587801

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: www.uzp.gov.pl/kio

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

21/01/2022