

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Pl.Hirszfelda 12
53-413 Wrocław

Warszawa, dnia 11 luty 2019

OFERTA LEK S.A. W PRZETARGU NIEOGRANICZONYM
Znak sprawy ZP/PN/03/19/LA/AJ

1. Spis treści	str.1
2. Formularz ofertowy	str.2-4
3. Formularz cenowy	str.5-9
4. Dowód wpłaty wadium	str.10
5. Informacja dla Zamawiającego	str.11

Z poważaniem,

Nina Karniewicz
Pełnomocnik

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Nina Karniewicz – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6604, fax (22) 209 7004, e-mail: nina.karniewicz@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Warszawa dnia: 11.02.2019

Lek S.A.
ul. Podlipie 16
95-010 Stryków
Polska

Tel. +48 42 295 7100
www.sandoz.pl

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

O F E R T A

DANE WYKONAWCY:

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: LEK S.A.

ADRES WYKONAWCY: UL. PODLIPIE 16, 95-010 STRYKÓW

REGON: 471255608 NIP: 7281341936

BANK I NUMER KONTA BANK BGŻ BNP PARIBAS S.A. 80160011271847145530000001

TEL. 2202096604 FAX: 22 2097004 MAIL: NINA.KARNIEWICZ@SANDOZ.COM

OSOBA DO KONTAKTU NINA KARNIEWICZ

UWAGA - W WYPADKU, GDY WYKONAWCĄ JEST OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W OFERCIE NALEŻY PODAĆ ADRES ZAMIESZKANIA I PESEL NA ODRĘBNYM DOKUMENCIE (DOKUMENT TEN NIE BĘDZIE UDOSTĘPNIANY INNYM WYKONAWCOM)

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na

Sukcesywna dostawa produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz produktów do pielęgnacji skóry z podziałem na 69 zadania.

zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ, składamy niniejszą ofertę.

CENA:

1. Oferujemy wykonanie dostawy, będącej przedmiotem zamówienia zgodnie z cenami poszczególnych pozycji z załącznika Nr 1 do oferty sporządzonego według załącznika Nr 1 do SIWZ.¹
2. Oferowana cena brutto obejmuje **(DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ)**:
 - cenę netto oferowanego produktu,
 - koszty ubezpieczenia,
 - cło i opłaty graniczne,
 - koszty dostawy (loco Apteka Zamawiającego),

¹ **UWAGA:** Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

- podatek VAT.
- oraz wszelkie inne koszty niewymienione wyżej, a konieczne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia.

]]]] **WARUNKI PŁATNOŚCI :**

1. Zapłata za realizację przedmiotu zamówienia nastąpi w PLN przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy podany na fakturze, w terminie do 60 dni od daty przedłożenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
2. Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca.

IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

1. Termin wykonania zamówienia – Termin rozpoczęcia realizacji umowy od dnia zawarcia umowy - Termin zakończenia realizacji umów – 30.06.2019.
2. Z uwagi na wiążące Zamawiającego umowy z innymi Wykonawcami, termin rozpoczęcia realizacji przedmiotu umowy nastąpi po wykorzystaniu ilości z wcześniej zawartych przez Zamawiającego umów.
3. Główne miejsce realizacji zamówienia: APTEKA, bud. H, w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu Wrocław, pl. Hirszfelda 12.
4. Wymagany termin dostaw produktów objętych przedmiotem zamówienia bezpośrednio do apteki Zamawiającego w dniach roboczych w godzinach 08:00-14:00 – wg bieżących potrzeb Dolnośląskiego Centrum Onkologii, max w ciągu 3 dni roboczych od zgłoszenia ich przez Zamawiającego faksem.
5. Wymagany termin dostawy produktów leczniczych sprowadzanych z zagranicy (nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta) na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.03.2012 r. bezpośrednio do apteki Zamawiającego w dniach roboczych w godzinach 08:00-14:00 – wg bieżących potrzeb Dolnośląskiego Centrum Onkologii, max w ciągu 30 dni od zgłoszenia ich przez Zamawiającego faksem.

V. OŚWIADCZENIA TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA :

Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych zastrzegamy, że
informacje:

(wymienić ,czego dotyczy) zawarte są w następujących dokumentach:

.....

Stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.²

Za tajemnicę przedsiębiorstwa uznaje się tylko takie informacje, które **łącznie spełniają trzy przesłanki:**

- a) są nieujawnione do wiadomości publicznej,
- b) posiadają wartość gospodarczą (na przykład informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa
- c) przedsiębiorca podjął co do nich niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

² **UWAGA:** zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „**tajemnica przedsiębiorstwa**” i złożone w odrębnej kopercie wewnętrznej, a na ich miejscu w dokumentacji zamieszczone stosowne odsyłacze

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

W związku z definicją, co stanowi tajemnicę przedsiębiorstwa, Wykonawca **musi wykazać** na etapie składania oferty (jeśli zastrzegł jakieś informacje jako tajemnicę przedsiębiorstwa), że zastrzeżone informacje rzeczywiście stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wykaże, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, Zamawiający będzie miał prawo do odtajnienia tych informacji.

VI WADIUM:

1. Ofertę zabezpieczyliśmy wadium w kwocie: 500,00 PLN w formie przelewu bankowego
2. Nazwa banku i numer konta na które Zamawiający powinien dokonać zwrotu wadium *(wypełnić jeżeli dotyczy)*

Bank BGŻ BNP Paribas S.A.

80160011271847145530000001

VI I. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

1. Zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Wszystkie załączniki do oferty stanowią integralną część oferty.
3. Akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą – tj. 60 dni. Bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz upływem terminu składania ofert.
4. **Powierzamy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:***
 - 4.1..... (część zamówienia) - (firma podwykonawcy)
 - 4.2..... (część zamówienia) - (firma podwykonawcy)
 - 4.3..... (część zamówienia) - (firma podwykonawcy)

*** (*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców albo wykreślić lub pozostawić bez wypełnienia, jeśli nie dotyczy),**

5. Akceptujemy zawarty w SIWZ wzór umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Upoważniamy Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu lub jej upoważnionych przedstawicieli do przeprowadzenia wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji.
7. Upoważniamy każdą osobę publiczną, bank lub przedsiębiorstwa do dostarczenia stosownej informacji uznanej przez Zamawiającego za istotną w celu sprawdzenia oświadczeń i informacji zawartych w naszej ofercie.
8. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*

Ofertę niniejszą składamy na ...(zgodnie ze spisem treści)..... kolejno ponumerowanych stronach.

(Data, pieczęć i podpis osoby/osób uprawnionej/-ych do podejmowania zobowiązań)

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty- załączniki:

(

zgodnie ze spisem treści)

Załącznik Nr 1-.....

Załącznik Nr 2-.....

Załącznik Nr ...-

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Arkusz asortymentowo-cenowy

Załącznik nr 1 do SIWZ ZNAK SPRAWY ZP/PN/03/19/LA/AJ

Lp.	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej, skład lub zastosowanie	Nazwa handlowa oferowanego produktu/artykułu	Postać farmaceutyczna, dawka, wymiary	Ilość w opakowaniu	wielkość zamówienia- ilość opakowań ZAMAWIAN YCH	Cena jedn. netto w zł	Stawka VAT%	cena jedn brutto	Wartość ogółem netto w złotych 6x7	Kwota VAT w zł	Wartość ogółem brutto w złotych (10+11)	zamawiający dopuszcza możliwość oferowania produktu, artykułu z inną wielkością opakowania jednostkowego	Wyrób medyczny/ produkt leczniczy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	BUPIVACAINI HYDROCHLORIDUM 0.5% + ADRENALINUM		fiol. 20 ml	5	40								
2	BUPRENORPHINUM		system transdermalny 52,5 mcg/h	5	100								
3	CALCII GLUBIONAS		amp.90 mg Ca 2+ /10ml	5	600								
4	CARBOCISTEINUM*		syrop 250 mg/5 ml op.120ml	1	40								
5	CEFAZOLINUM	Cefazolin	fiol. 1g	1	3000	5,00	8	5,40	15 000,00	1 200,00	16 200,00	Cefazolin x10 fiolek	Produkt leczniczy
6	CEFTAZIDIMUM		fiol. 1 g	10	80								
7	CHLORHEXIDINI GLUCONAS + LIDOCAINI HYDROCHLORIDUM*		ampułkostrzykawka o poj. 10ml do 12 ml, pakowana w sterylne jednorazowego użycia dozowniki w formie ampułkostrzykawki	25	50								
8	CLONAZEPAMUM		amp.1 mg	10	40								
9	CLONIDINI HYDROCHLORIDUM		tabl.0.075mg	50	30								
10	CLOXACYLLINUM		fiol.1 g	1	600								
11	DESFLURANUM*		płyn do inhalacji but. 240 ml	1	200								
12	DEXAMETHASONI PHOSPHAS		amp.4 mg	10	300								
13	DEXMETETOMIDINUM		fiol.400 mcg	4	180								

14	DIETA KOMPLETNA POD WZGLĘDEM ODŻYWCZYM DOSTOSOWANA DO POTRZEB PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ ,DO PODAWANIA PRZESZ SONDE*		op. 1000 ml	1	400								
15	ENOXAPARINUM NATRICUM		ampst .60 mg/0.6ml.	10	400								
16	ENOXAPARINUM NATRICUM		ampst. 100 mg/1ml.	10	20								
17	ETOMIDATUM		amp.20 mg	10	60								
18	FAMOTIDINUM		tabl. powl. 40 mg	30	80								
19	INSULINA LUDZKA o długim czasie działania		fiol.100j.m./1ml - 10ml	1	30								
20	IOHEXOLUM		roztwór o stężeniu jodu 300 mg/ml butelka 100 ml	10	100								
21	IOPROMIDUM		roztwór o stężeniu jodu 300 mg/ml- butelka 100 ml	10	100								
22	IOVERSOLUM		roztwór o stężeniu joworsolu 636 mg/ml- butelka 100 ml	10	60								
23	KETOPROFENUM	Ketonal	kaps.twarde 50 mg	20	150	4,00	8	4,32	600,00	48,00	648,00		Produkt leczniczy
24	LIOFILIZOWANA ZAWIESINA BAKTERII KWASU MLEKOWEGO		caps.	60	40								
25	MEGESTROLI ACETAS*		zawiesina 40mg /1ml- butelka 240 ml	1	80								
26	MESALAZINUM		tabl.dojel. 250 mg	100	15								
27	METOCLOPRAMIDI HYDROCHLORIDUM		amp.10 mg	5	500								
28	NALOXONII HYDROCHLORIDUM		amp.400 mcg	10	20								
29	NATRII CHLORIDUM 0,9 %*		op. 3 l	4	200								
30	NEBIVOLOLUM		tabl.5mg	28	30								
31	NITRENDIPINUM		tabl. 10 mg	30	80								
32	ORNITHINI ASPARTAS		amp.5 g	10	80								
33	OXYCODONI HYDROCHLORIDUM (TABLETKI O NIEMODYFIKOWANYM UWALNIANIU)		tabletki powl. 5 mg	30	400								

34	PANTHENOL +CHAMOMILLA+ALANTOI NII+EXTR.HIPPOCASTANII *		op.100 ml	1	250								
35	PARACETAMOLUM*		but. 1 g/100ml	10	1200								
36	Phytomenadionum (vit. K1)		amp. 2mg/0,2ml	5	5								
37	Płyn do dializy nie zawierający wapnia, o zawartości 4 mmole/l potasu i 22 mmolole/l dwuwęglanu, worek 5000ml kompatybilny z aparatem do hemodiafiltracji „ Prismaflex ” firmy GAMBRO posiadanym przez zamawiającego *		worek 5000ml	1	500								
38	Preparat na skórę zalecany u pacjentów poddanych radioterapii *		krem op.100ml lub 100 g	1	200								
39	PROPOFOLUM		fiol. 200 mg/20ml	5	300								
40	ROPIVACAINI HYDROCHLORIDUM		amp.50 mg/10ml	5	100								
41	Sterylny roztwór do ciągłej terapii nerkozastępczej w trybie antykoagulacji o zawartości 18 mmoli/l cytrynianu, worek 5000ml kompatybilny z aparatem do hemodiafiltracji „ Prismaflex ” firmy GAMBRO posiadanym przez zamawiającego*		worek 5000ml	1	300								
42	SUGAMMADEXUM		fiol.200 mg	10	80								
43	SULFAMETHOXAZOLUM +THRIMETHOPRIMUM		tabl. 960 mg	10	100								
44	Thiaini hydrochloridum		roztwór do infuzji dożylnych amp. 100mg/2ml	100	30								
45	THIAMINI HYDROCHLORIDUM		amp.50 mg	10	100								
46	VANCOMYCINUM	Edicin	fiol.0,5 g do stosowania doustnego	5	100	80,00	8	86,40	8 000,00	640,00	8 640,00	Edicin x 1 fiol	Produkt lecniczy

47	Wyciąg gęsty złożony z koszyczków arniki i nagietka +wyciąg suchy z kory kasztanowca *		maść op. 30g	1	100								
48	MITOMYCINUM*		fiol.10 mg	1	500								
49	ACIDUM LEVOFOLINICUM*		fiol.450 mg	1	700								
50	LAPATINIB DITOSILATE MONOHYDRATE*		tabl. powł. 250 mg	70	300								
51	PACLITAXELUM ALBUMINATUM*		fiol.100mg	1	140								
52	RIBOCICLIB*		tabl.powl.200 mg	63	1000								
53	SUNITINIB*		mg dostawa odbywać się będzie w kapsułkach twardych w dawkach 12,5 mg lub 25 mg		35000								
54	TEMSIROLIMUS*		fiol.30 mg		100								
55	TRASTUZUMAB*		fiolka 150 mg	1	800								
56	Zestaw do podawania BCG terapii dopęcherzowej pozwalający na przygotowanie i podanie szczepionki BCG dopęcherzowo w sposób zamknięty. Jedna fiolka (1 dawka) po odtworzeniu zawiera nie mniej niż 2x10 ⁸ i nie więcej niż 3x10 ⁹ żywych cząstek BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Zestaw jednorazowy, pakowany indywidualnie.		fiol. z proszkiem + system do rozpuszcz. i podaw. z rozp. 50 ml	1	500								
57	FIBRYNOGEN LUDZKI,TROMBINA LUDZKA,APROTYNINA,CH LOREK WAPNIA DWUWODNY*		roztwory do sporządzania kleju do tkanek, strzykawka 4 ml	1	5								
58	FIBRYNOGEN LUDZKI,TROMBINA LUDZKA,APROTYNINA,CH LOREK WAPNIA DWUWODNY*		roztwory do sporządzania kleju do tkanek ,strzykawka 10 ml	1	5								
59	MATRYCA HEMOSTATYCZNA SKŁADAJĄCA SIĘ Z ŻELATYNY ,TROMBINY ORAZ CHLORKU SODU *		adapter bezigłowy 5 ml	6	20								

60	MATRYCA HEMOSTATYCZNA SKŁADAJĄCA SIĘ Z ŻELATYNY ,TROMBINY ORAZ CHLORKU SODU *		adapter bezigłowy 10 ml	6	5								
61	HEMOSTATYK USZCZELNIAJĄCY Z KOLAGENEM Z BYDLĘCEJ SKÓRY WŁAŚCIWEJ *		4,5 * 4,5 cm	3	10								
62	HEMOSTATYK USZCZELNIAJĄCY Z KOLAGENEM Z BYDLĘCEJ SKÓRY WŁAŚCIWEJ *		4,5 * 9 cm	3	20								
63	PEMBROLIZUMABUM *		fiolka 100 mg	1	100								
64	ERLOTINIBUM*		mg dostawa odbywać się będzie w tabletkach powlekanych w dawkach 100mg lub 150mg		54 000								
65	GEFITINIBUM*		tabl.powl.250mg	30	12								
66	AFATINIBUM*		tabl.powl. 20 mg lub tabl.powl. 40 mg lub tabl.powl. 60 mg	28	13								
67	NINTEDANIBUM*		mg dostawa odbywać się będzie w kapsułkach miękkich w dawkach 100mg lub 150mg		108 000								
68	ATEZOLIZUMABUM*		fiolka 1200 mg	1	16								
69	CRIZOTINIBUM*		mg dostawa odbywać się będzie w kapsułkach twardych w dawkach 200mg lub 250mg		9 000								



BGŻ BNP PARIBAS

Potwierdzenie realizacji przelewu

Bank BGŻ BNP Paribas S.A.

ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa
www.bgzbnpparibas.pl
tel. 801 321 123

Informacje o transakcji: 225_PRZELEW PLANET

Nadawca przelewu:

Nr Rachunku: PL80160011271847145530000001
Nazwa Banku: BGŻBNP O./Warszawa
Nadawca: Lek SA
ul. Podlipie 16
95-010 Stryków

Odbiorca przelewu:

Nr Rachunku: 57 1500 1793 1217 9000 7528 0000
Nazwa Banku: SANPL 35 O./Wrocław
Odbiorca: Dolnośląskie Centrum Onkologii
Ul. Hirszfelda 12
53-413 Wrocław

Szczegóły płatności:

wadium postępowanie
ZP/PN/03/19/LA/AJ - poz. 5,23,46

Kwota:
500,00 PLN

Data realizacji:

05.02.2019

Numer referencyjny transakcji:

CEN1902050317340

Niniejsze potwierdzenie przelewu zostało sporządzone na podst. art. 7 ustawy Prawo Bankowe (Dz.U. nr 72 z 2002r., poz. 665, z późniejszymi zmianami). Dokument wygenerowany komputerowo, za pomocą systemu bankowości internetowej BiznesPI@net, nie wymaga podpisu ani stempla.

Uwaga! Data waluty jest prezentowana tylko wówczas, gdy jest inna niż data księgowania (data realizacji).

Data sporządzenia potwierdzenia: 05.02.2019, 14:06:18

Warszawa, dnia 11.02.2019

Szanowni Państwo,

W przypadku stawienia się naszego przedstawiciela prosimy o udostępnienie ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, stanowiących załącznik do protokołu postępowania oraz umożliwienie sporządzenia z nich kserokopii, fotografii lub odpisów – zgodnie z art.96 ust.3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2010 r. w sprawie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Dane teleadresowe Wykonawcy

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy

Nina Karniewicz – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6604

fax (22) 209 7004

e-mail: nina.karniewicz@sandoz.com

Składanie zamówień

Magdalena Bałdys, Agata Przytuła, Mirosław Tomaszewski

Tel. (22) 209-60-52, (22) 209-70-32

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com

Reklamacje

Małgorzata Kołodziejczyk

Tel. (42) 295 6348

Fax. (42) 295 7191

e-mail: malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia**. Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.

Z poważaniem,