

## Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektronicznej)

UWAGA DOTYCZY VATU

STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄDUJE Z TYTUŁU WEWNATRZSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIĄZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODWROTNEGO OBCIĄZENIA – REVERSE CHARGE)

### WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 364

Wadium - 80,00 zł

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto <i>Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP</i>	Wartość netto <i>Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP</i>	Cena jedn. brutto <u>Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP</u>	Wartość brutto <u>Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP</u>	Stawka podatku VAT Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów	Producent / nazwa własna/ dawka/ numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)
1.	Povidone-iodine opakowanie 250 ml roztwór wodny	szt	250	---	-----	34,89 zł	8722,50 zł	8%	BBraun, BraunoI® a'250ml, dawka -nie dotyczy/ nr kat. 18342/ ean 5909991302610, 20 szt. w opakowaniu zbiorczym
xxx	<b>RAZEM</b>	xxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	<b>8722,50 zł</b>	xxxx	xxxx

Cena bez VAT: **8 077,50 zł.**

Słownie: ....Osiem tysięcy siedemdziesiąt siedem 50/100 zł

Cena z VAT: ...**8 722,50 zł**

Słownie: Osiem tysięcy siedemset dwadzieścia dwa 50/100 zł

.....  
Pieczętka i podpis wykonawcy

### **C.d. opisu - wymagania ogólne:**

- Dopuszcza się zamienniki (produkty równoważne), zgodnie z SIWZ cz. I, pkt 2, lit. J/.
- Dla wszystkich leków muszą być dostarczone karty charakterystyki w wersji elektronicznej, zgodnie z SIWZ, cz. II, ust. 1.3. – dotyczy wykonawcy, którego oferta zostanie oceniona najwyżej.
- Wszystkie dawki tego samego leku muszą pochodzić od tego samego producenta.
- W ramach pakietu istnieje możliwość zamiany ilości asortymentu do wartości pakietu, zgodnie z wzorem umowy.
- Wszystkie produkty do podania pozajelitowego muszą być do podania dożylnego.
- W przypadku leków cytostatycznych prosimy o podanie gęstości.
- Rozpuszczalniki i płyny infuzyjne do podawania antybiotyków – minimum 0,9% roztwór Natrium Chloratum.
- Leki z programów lekowych i chemioterapii muszą znajdować się na liście leków w Obwieszczeniu MZ dotyczącym refundacji.
- Ceny leków znajdujących się w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia muszą być zmieniane zgodnie z Obwieszczeniem oraz muszą uwzględniać ewentualny czynnik korygujący NFZ.
- Zmiany do umowy wprowadzane będą zgodnie z § 5 umowy.
- Przy zmianach cen urzędowych obowiązek przeceny leków będących na stanie magazynowym apteki w dniu przeceny.
- Czynnik podziału ryzyka, jeżeli występuje porozumienie firmy z Ministerstwem Zdrowia, istnieje obowiązek poinformowania o tym Apteki szpitalnej.
- Hurtownia zobowiązuje się dostarczyć na żądanie dokument potwierdzający zawartą umowę z producentem na dany lek.
- W przypadku zaproponowania opakowania posiadającego inną ilość sztuk +/- 10% (tabletki, ampułki, kilogramy itp.), niż zamieszczona w niniejszym załączniku nr 2, korzystniejszego pod względem ekonomicznym, Wykonawca przeliczy ilość opakowań do dwóch miejsc po przecinku.
- Do substancji recepturowych musi być dostarczony dokument tożsamości, zgodnie z Farmakopeą Polską XI „substancje do celów recepturowych powinny być dostarczone do apteki z certyfikatem analitycznym producenta” – dotyczy wykonawcy, z którym zostanie podpisana umowa.
- W przypadku nie potwierdzenia autentyczności leku w aptece szpitalnej (obowiązek wynika z przepisów Unii Europejskiej - Dyrektywy unijnej 2011/62/EU – w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji), hurtownia farmaceutyczna (dostawca) zobowiązana jest do przyjęcia zwrotu leku i wystawienia faktury korygującej lub dostarczania innego leku spełniającego wymagania Dyrektywy.
- Podczas dostawy leków do apteki, pracownicy apteki mają obowiązek sprawdzenia zgodności dostawy z dokumentem faktury w obecności dostawcy. Wszelkiego rodzaju zgłaszane niezgodności (brak towaru, towar uszkodzony, nadwyżka towaru) są potwierdzane na bieżąco przez dostawcę w aptece. W sytuacji, gdy dostawca nie zaczeka na potwierdzenie zgodności dostawy towaru, wszelkie uchybienia są rozpatrywane na korzyść apteki.

- Dostawa Loco magazyn apteki szpitalnej ul. Długa 1/2 , 61-848 Poznań lub ul. Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań  
Osoby do kontaktu:  
ul. Długa 1/2 - mgr farm. Izabela Kołodziej  
ul. Szamarzewskiego 82/84 – mgr farm. Elżbieta Balcerzak

**Standardy jakościowe:**

1. W przypadku ofert zawierających produkty lecznicze data ważności musi wynosić co najmniej 12 miesięcy, natomiast dla produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego co najmniej 6 miesięcy, za wyjątkiem sytuacji szczególnych, których Zamawiający nie może przewidzieć.(zawsze musi to być uzgodnione z kierownikiem Apteki)
2. Produkty lecznicze złożone w ofercie muszą być zarejestrowane jako lek. Zamawiający w trakcie realizacji umowy może zwrócić się do Wykonawcy o potwierdzenie, czy produkt jest nadal zarejestrowany jako lek. W przypadku zmiany kwalifikacji przedmiotu umowy Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w tej części.
3. Produkty lecznicze muszą być przechowywane w hurtowni farmaceutycznej i transportowane zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Dystrybucji .

.....  
Pieczętka i podpis wykonawcy

**Załącznik nr 2A,  
EZP/24/19 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego  
61-848 Poznań, ul. Długa 1/2  
Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie: **przetarg nieograniczony**  
Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych**  
– 532 pakietów

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**Tuttomed Farmacja Sp. z o.o.**

**(nazwa firmy)**

**Os. Czecha 130/8, 61-292 Poznań**

**(adres siedziby)**

**Wielkopolskie, poznański  
(województwo, powiat)**

**[Patrycja.mielczarek@tuttomed.pl](mailto:Patrycja.mielczarek@tuttomed.pl); [dorota.burda@tuttomed.pl](mailto:dorota.burda@tuttomed.pl)**

**adres e-mail - *Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny) : PL5842730948**

**2.Cena jednostkowa brutto : 8 722,50 zł ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr 364 bez podatku VAT i z podatkiem VAT .**

a) bez VAT ..8077,50 zł.....

Słownie zł.: Osiem tysięcy siedemdziesiąt siedem 50/100 zł

b) z VAT ....8722,50 zł ...

Słownie..... Osiem tysięcy siedemset dwadzieścia dwa 50/100 zł

c) stawka podatku VAT (%)....8%.....

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers charge)*

**5.Termin dostawy max – 1 dzień**

**6.Termin dostawy na import docelowy(max. 30 dni robocze) - ...nie dotyczy ..... (podać)**

**Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu max tj. 30 dni robocze.**

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umów i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

8. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

9. Lista załączników:.....

**ltd.**

**15/03/2019r**

**Data**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawcy**

.....  
**Podpisy i pieczęć Wykonawcy**

## Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)

EZP/24/19

### Zamawiający:

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

### Wykonawca:

Tuttomed Farmacja Sp.z o.o.  
Os. Czecha 130/8, 61-292 Poznań  
NIP- 5842730948, KRS- 0000452492  
*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:  
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

### reprezentowany przez:

Patrycja Mielczarek, Dorota Burda -  
pełnomocnictwo  
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

### Oświadczenie wykonawcy

w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

~~Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*~~

.....  
**Podpis Wykonawcy**

---

<sup>1)</sup> 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, str. 1).

\* 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)

**Załącznik nr 8**  
**EZP/24/19**

Tuttomed Farmacja Sp.z o.o.

Os. Czecha 130/8, 61-292 Poznań  
Tel: 616460465, fax: 61-6460718  
NIP- 5842730948, REGON- 221840619

Poznań, 15/03/2019r

Pieczętka Wykonawcy

data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam aktualny dokument dopuszczający zaproponowany przedmiot zamówienia (produkty lecznicze) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem w zakresie produktów leczniczych (ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 28.)

.....

podpis Wykonawcy