

ESENDER_LOGIN:	ENOTICES
CUSTOMER_LOGIN:	ECAS_n0045s51
NO_DOC_EXT:	2021-073183
SOFTWARE_VERSION:	11.3.1
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E_MAIL:	enowakowska@szpital.wroc.pl

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S04
DATE_EXPECTED_PUBLICATION:	/

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Podstawa prawna:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) **Nazwa i adresy**

Oficjalna nazwa: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego

Adres pocztowy: ul. Koszarowa 5

Miejscowość: Wrocław

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Kod pocztowy: 51-149

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: Ewa Nowakowska

E-mail: enowakowska@szpital.wroc.pl

Tel.: +48 713957428

Faks: +48 713957428

Adresy internetowe:

Główny adres: www.szpital.wroc.pl

I.3) **Komunikacja**

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: www.platformazakupowa.pl

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: www.platformazakupowa.pl

I.4) **Rodzaj instytucji zamawiającej**

Podmiot prawa publicznego

I.5) **Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) **Wielkość lub zakres zamówienia**

II.1.1) **Nazwa:**

PN 17/21 DOSTAWA ANTYBIOTYKÓW I INNYCH LEKÓW P/INFEKCYJNYCH

Numer referencyjny: PN 17/21

II.1.2) **Główny kod CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.1.3) **Rodzaj zamówienia**

Dostawy

II.1.4) **Krótki opis:**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa antybiotyków i innych leków p/infekcyjnych zgodnie z podziałem na 65 zadań.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, w tym odpowiednio wymagana postać, dawka, ilość w op., ilość op. określa FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY, stanowiący ZAŁĄCZNIK nr 1 do SWZ.
3. Seria i data ważności produktów na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze, termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy.
4. Termin dostawy - max 2 dni robocze od daty złożenia zamówienia.
5. Oferowany produkt leczniczy musi być dopuszczony do obrotu i stosowania na terenie Polski na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno - zgodnie z ustawą z dnia 06.09.2001r. Prawo Farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2019r. poz. 499 ze zm.).
6. Szczegółowe warunki i zasady realizacji przedmiotu zamówienia określają dodatkowo warunki umowne będące załącznikiem nr 5 do SWZ „Warunki umowne”.
7. Wykonawca dostarczy przedmioty zamówienia do Magazynu APTEKI SZPITALA.

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

Wartość bez VAT: 1 222 222.00 PLN

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:**

ZADANIE 1
Część nr: 1

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa ACICLOVIR**.
- ** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 19 461.00 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 2

Część nr: 2

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa AMIKACIN.

Postać: amp. lub fiolka/ NIE ZAMIENIAC

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 1 493.90 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 3

Część nr: 3

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa AMIKACIN.

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 2 073.00 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 4
Część nr: 4
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Amoxicillin+Clavulanic acid.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 29 370.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 5

Część nr: 5

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Amoxicillin+Clavulanic acid.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 2 056.00 PLN

- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 6
Część nr: 6
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa AMPHOTERICIN B.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań przedmiotu zamówienia szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 6 300.01 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 7
Część nr: 7

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa AMPHOTERICIN B **.

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku.

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 22 559.40 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 8
Część nr: 8

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Cefotaxime sodium
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 1 800.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 9

Część nr: 9

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa:

poz. 1 Ceftazidime

poz. 2 Ceftazidime**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 16 940.00 PLN

- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 10
Część nr: 10
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Ceftriaxone.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 88 200.00 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 11
Część nr: 11

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Cefuroxime**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 3 140.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 12
Część nr: 12

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Ciprofloxacyn
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 6 170.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 13

Część nr: 13

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Clarithromycin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 24 010.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 14

Część nr: 14

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Clindamycin

poz. 2 Clindamycin**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku.

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 673.50 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 15
Część nr: 15

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Levofloxacin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 3 565.72 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 16

Część nr: 16

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Levofloxacin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 108 620.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIĄĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 17

Część nr: 17

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa ERTAPENEM.
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 10 880.00 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 18

Część nr: 18

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz.1 Fluconazole

poz. 2 Fluconazole

poz. 3 Fluconazole**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 25 990.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 19
Część nr: 19

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Flucytosine
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 76 000.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 20

Część nr: 20

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Ganciclovir
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 12 592.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 21

Część nr: 21

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Imipenem+ Cilastatin**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 11 100.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 22

Część nr: 22

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Lincomycin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 636.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 23

Część nr: 23

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Linezolid
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 9 900.00 PLN

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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 24
Część nr: 24
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Teicoplanin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 1 900.00 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 25

Część nr: 25

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Meropenem** (wymagana stabilność fizyko-chemiczna tak, aby przygotowany roztwór do infuzji z 0,9% NaCl można było przechowywać do 24h w temperaturze 2-8 C)

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 5 740.00 PLN

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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 26
Część nr: 26
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Meropenem
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 125 000.00 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 27

Część nr: 27

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz. 1 Piperacillin+ Tazobactam

poz. 2 Piperacillin+ Tazobactam**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 28 000.00 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 28

Część nr: 28

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Tigecycline

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 133 030.80 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 29

Część nr: 29

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Vancomycin postać: pr.do inf, p.o.*

poz. 2 Vancomycin postać: pr.do inf, p.o.*

* Sposób podania również per os

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 136 250.00 PLN

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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIĄĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 30
Część nr: 30
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Voriconazole
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 1 269.66 PLN
- 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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 31

Część nr: 31

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz. 1 Aciclovir**

poz. 2 Aciclovir

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 1 703.30 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 32

Część nr: 32

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Amoxicillin

Postać: tabl. rozp./ NIE ZAMIENIAĆ

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 539.55 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 33

Część nr: 33

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Cefuroxime
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 143.50 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 34

Część nr: 34

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Clindamycin
2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 187.03 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 35

Część nr: 35

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Clindamycin

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 120.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 36

Część nr: 36

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Doxycycline kaps

poz. 2 Doxycycline tabl rozp /NIE ZAMIENIAĆ/

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 451.20 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 37

Część nr: 37

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Furazidin**

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 662.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 38

Część nr: 38

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz. 1 Lincomycin kaps

poz. 2 Neomycinum tabl

poz. 3 Nystatin t.d. pochwowe

poz. 4 Nystatin tabl.dojelit.

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 641.48 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 39
Część nr: 39

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Oseltamivir (lek posiadający rejestrację dla niemowląt i dzieci).
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 3 627.50 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 40

Część nr: 40

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

- poz. 1 Pefloxacin tabl powl
- poz. 2 Phenoxymethylpenicillin tabl powl
- poz. 3 Phenoxymethylpenicillin tabl powl
- poz. 4 Rifampicin kaps
- poz. 5 Rifampicin kaps
- poz. 6 Rifampicin+Isoniazid kaps
- poz. 7 Rifampicin+Isoniazid kaps
- poz. 8 Isoniazid tabl
- poz. 9 Itraconazolum kaps
- poz. 10 Roxithromycin tabl powl
- poz. 11 Roxithromycin** tabl rozp /NIE ZAMIENIAĆ/
- poz. 12 Spiramycin tabl powl
- poz. 13 Spiramycin tabl powl

** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku

- 2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
- 3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
- 4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
- 5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
- 6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
- 7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
- 8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 1 428.72 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 41
Część nr: 41
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Sulfamethoxazolum+ trimethoprim
 2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
 3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
 4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
 5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
 6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
 7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
 8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 1 173.12 PLN
- 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**
- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
 - 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 42
Część nr: 42
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Ciprofloxacyn
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 712.52 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 43

Część nr: 43

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Clarithromycin
 2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
 3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
 4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
 5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
 6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
 7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
 8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 3 805.85 PLN
- 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**
- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
 - 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 44

Część nr: 44

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Fluconazole
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 1 984.60 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 45
Część nr: 45

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Rifaximin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 10 800.00 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 46
Część nr: 46
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz. 1 Aciclovir krem

poz. 2 Azithromycin gtt opht

poz. 3 Chloramphenicol ung

poz. 4 Chloramphenicol ung

poz. 5 Gentamycin gtt opht

poz. 6 Tobramycin gtt opht

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 447.80 PLN

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**

1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)

2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 47
Część nr: 47
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Neomycinum
 2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
 3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
 4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
 5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
 6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
 7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
 8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 228.12 PLN
- 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**
- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
 - 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 48
Część nr: 48
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Neomycinum
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 896.00 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 49

Część nr: 49

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Meropenem + Waborbaktam
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 8 000.00 PLN
- 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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 50

Część nr: 50

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149
Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa: (Zadanie 50 wszystkie** /NIE ZAMIENIAĆ postaci leków/
poz. 1 Amoxicillin ** pr./zaw
poz. 2 Amoxicillin ** pr./zaw
poz. 3 Amoxicillin+Clavulanic acid** pr./zaw
poz. 4 Azithromycin** pr./zaw
poz. 5 Azithromycin** gran./sir
poz. 6 Cefaclor** gran./sir
poz. 7 Cefaclor** gran./sir
poz. 8 Cefuroxime Axetil** pr./zaw
poz. 9 Cefuroxime Axetil** pr./zaw
poz. 10 Clarithromycin** pr./zaw
poz. 11 Clarithromycin** pr./zaw
poz. 12 Clarithromycin** pr./zaw
poz. 13 Fluconazole** sir
poz. 14 Nystatin** zaw
poz. 15 Phenoxymethylpenicillin** zaw
poz. 16 Sulfamethoxazolum+ trimethoprim** zaw
** Podać rejestrację w najniższej grupie wiekowej dla danego leku
2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 6 899.25 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 51

Część nr: 51

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Amphotericin B
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 691.80 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIĄĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 52

Część nr: 52

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Sulfamethoxazolom+ trimethoprim
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 3 640.80 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 53

Część nr: 53

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Cefazolin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 570.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 54

Część nr: 54

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Cefepim fiol

poz. 2 Ciprofloxacyn Fiolka (UWAGA - NIE ZAMIENIAĆ !)

poz. 3 Gentamycin Ampułka /NIE ZAMIENIAĆ/

2. Dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 866.63 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 55

Część nr: 55

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Gentamycin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 257.60 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 56

Część nr: 56

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Pefloxacin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 70.56 PLN

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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 57
Część nr: 57
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa Benzylpenicillin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 463.60 PLN
- 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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 58

Część nr: 58

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa

poz. 1 Cefotaxime sodium

poz. 2 Cloxacillin

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 3 656.50 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 59

Część nr: 59

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Ampicillin

poz. 2 Ampicillin

poz. 3 Ampicillin+ Sulbactam

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 25 896.20 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 60

Część nr: 60

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa

poz. 1 Streptomycin

poz. 2 Doxycycline

poz. 3 Colistin

2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.

3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.

4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.

5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.

6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.

7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.

8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 49 748.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 61
Część nr: 61

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Aciclovir
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 26 168.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 62

Część nr: 62

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Ceftriaxone
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 26 475.00 PLN

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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIĄĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

ZADANIE 63

Część nr: 63

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Dostawa Azithromycin
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 2 706.00 PLN

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**

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZADANIE 64

Część nr: 64

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

1. Dostawa Fosfomycinum
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98

Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 112 875.00 PLN

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**
1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAĆ”)
2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
ZADANIE 65
Część nr: 65
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL514 Miasto Wrocław
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, POLSKA - MAGAZYN APTEKI SZPITALA.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
1. Dostawa CEFEPIM
2. Postać, dawka, ilość w opak., ilość opakowań leku szczegółowo określa Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący zał. nr 1 do SWZ.
3. Termin dostawy – wg bieżących potrzeb, każdorazowo w terminie maksymalnie 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia.
4. Seria i data ważności na opakowaniu jednostkowym oraz na fakturze.
5. Termin ważności – nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.
6. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do MAGAZYNU Apteki Szpitala.
7. Oferowany produkt farmaceutyczny musi posiadać dopuszczenie do obrotu na terenie RP na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno.
8. Wymagany termin realizacji zamówienia – 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium kosztu - Nazwa: Cena oferty brutto / Waga: 98
Kryterium kosztu - Nazwa: Termin dostawy / Waga: 2
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 8 220.00 PLN
- 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

- 1). Dopuszcza się zamiany postaci leków przy zachowaniu drogi podania i miejsca wchłaniania np.: tabletki na drażetkę ampułki na fiolkę (ZA WYJĄTKIEM POZYCJI GDZIE WYRAŹNIE ZAZNACZONO „NIE ZAMIENIAC”)
- 2). Dopuszcza się wycenę leków w opakowaniach innej wielkości niż żądana przy jednoczesnym przeliczeniu ilości opakowań (tak aby liczba sztuk była zgodna z SWZ).

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:

Lp: Rodzaj dokumentu:

1. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 108 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 i 4 ustawy PZP, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jego złożeniem.
2. Zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków i opłat, w zakresie art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy PZP, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed jego złożeniem, a w przypadku zalegania z opłacaniem podatków lub opłat wraz z zaświadczeniem zamawiający żąda złożenia dokumentów potwierdzających, że odpowiednio przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert wykonawca dokonał płatności należnych podatków lub opłat wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłat tych należności.
3. Zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub właściwego oddziału regionalnego lub właściwej placówki terenowej Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, w zakresie art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy PZP, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed jego złożeniem, a w przypadku zalegania z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z zaświadczeniem albo innym dokumentem zamawiający żąda złożenia dokumentów potwierdzających, że odpowiednio przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert wykonawca dokonał płatności należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłat tych należności.
4. Odpis lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w zakresie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP, sporządzonych nie wcześniej niż 3 miesiące przed jej złożeniem, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
5. Oświadczenie wykonawcy w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP, o braku przynależności do tej samej Grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (TJ Dz. U. z 2020 r. poz. 1913), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, albo oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku

o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej - ZAŁĄCZNIK nr 4 do SWZ.

6. Ważna koncesja lub zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, które w świetle obowiązującego prawa w Rzeczypospolitej Polskiej uprawnia Wykonawcę do prowadzenia obrotu produktami leczniczymi, na wszystkie magazyny z których zamierza realizować zamówienie-dotyczy produktów leczniczych. W przypadku gdy przedmiot zamówienia nie jest produktem leczniczym ani wyrobem medycznym i przepisy prawa nie wymagają dla tych produktów posiadania ww. zezwolenia Wykonawca złoży oświadczenie własne w ww.

7. Oświadczenia Wykonawcy:

a. o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczenia podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo- w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w spłat tych należności,

b. o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego i zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne;

c. o niezaleganiu z opłaceniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych (TJ Dz. U. z 2017r. poz. 1785 ze zm.).

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

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie określił warunku w tym zakresie.

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

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie określił warunku w tym zakresie.

III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**

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

Szczegółowe warunki i zasady realizacji przedmiotu zamówienia określają "Warunki Umowy", będące ZAŁĄCZNIKIEM NR 5 do SWZ - "WARUNKI UMOWY".

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: 07/07/2021

Czas lokalny: 09:00

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: 05/09/2021

IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**

Data: 07/07/2021

Czas lokalny: 09:05

Miejsce:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, DZIAŁ ZAMÓWIENI PUBLICZNYCH, Budynek J, piętro I, pokój nr 15, POLSKA

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

Akceptowane będą faktury elektroniczne

VI.3) Informacje dodatkowe:

W celu potwierdzenia, że oferowana dostawa przedmiotu zamówienia odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Wykonawca wraz z ofertą składa następujące PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE:

1) Kserokopie dokumentów potwierdzających dopuszczenie do obrotu oferowanego produktu farmaceutycznego, na każdą wymaganą postać i dawkę leku osobno, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001r. –Prawo Farmaceutyczne(TJ Dz.U. z 2020r. poz.944 ze zm.).

2) Aktualna Karta Charakterystyki Produktu oferowanego produktu leczniczego - wszystkie wymagane parametry powinny być potwierdzone przez Wykonawcę aktualną Kartą Charakterystyki Produktu.

Uwaga: Każdy dokument powinien być opisany, jakiego zadania (w tym pozycji) dotyczy.

Na podstawie art. 107 ustawy PZP jeżeli Wykonawca nie złożył przedmiotowych środków dowodowych lub złożone środki dowodowe są niekompletne, Zamawiający wzywa do ich złożenia lub uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

VI.4) Procedury odwoławcze

VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17 a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

VI.4.2) Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17 a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

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

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: ul. Postępu 17 a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

VI.5) Data wysłania niniejszego ogłoszenia:

01/06/2021