

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

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

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE**

**Oficjalna nazwa:** [Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej](#)

**Adres pocztowy:** [ul. Szwajcarska 3](#)

Miejscowość: [Poznań](#)

Kod pocztowy: [61-285](#)

Kraj: [Polska](#)

**Punkt kontaktowy:** [Dział Zamówień Publicznych Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu, ul. Szwajcarska 3, 610285 Poznań pok. 134,](#)

Tel.: [061 8739 - 293](#)

Osoba do kontaktów: [Anna Jackowiak](#)

E-mail: [zamowienia@szpital-strusia.poznan.pl](mailto:zamowienia@szpital-strusia.poznan.pl)

Faks: [061 8779 - 517](#)

**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**

Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.szpital-strusia.poznan.pl](http://www.szpital-strusia.poznan.pl)

Adres profilu nabywcy (URL):

**Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

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

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

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

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

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

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

---

**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

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

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak  nie

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA****II.1) OPIS****II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii

**II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług***(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)*

<input type="radio"/> <b>a) Roboty budowlane</b> <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input checked="" type="radio"/> <b>b) Dostawy</b> <input checked="" type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input type="radio"/> <b>c) Usługi</b> Kategoria usługi: nr <i>(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy  Apteka Szpitala przy ul. Szkilnej 8/12, 61 - 833 Poznań  Kod NUTS PL415	Główne miejsce świadczenia usług

**II.1.3) Ogłoszenie dotyczy**

- Zamówienia publicznego  
 Zawarcia umowy ramowej  
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

**II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)**

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

**Czas trwania umowy ramowej:**

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

<b>Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między                      a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia):	

---

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

---

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

Zamówienie obejmuje dostawę leków stosowanych w programach terapeutycznych oraz w terapiach standardowych i niestandardowych leczenia nowotworów krwi. Zamówienie obejmuje 6 leków, z których każdy stanowi odrębną część zamówienia: pakiet I - Glivec (Imatinib), pakiet II - Sprycel (Dasatinibum), , pakiet III - Tasigna (Nilotinib), pakiet IV - Thromboreductin (Anagrelid), pakiet V - Velcade (Bortezomidum), pakiet VI - Mabthera (Rituximab)

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

tak  nie

**II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

**II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych**

tak  nie

**II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA****II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 7268253.80		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
	lub Zakres: między	a
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

**II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI**

Okres w miesiącach: 10	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

## Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii

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

#### III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

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

Warunkiem udziału w postępowaniu przetargowym jest wniesienie wadium w wysokości 73.000- zł.

Wadium wnoszone jest tylko na pakiety, w których wykonawca przystąpi do postępowania. Dla poszczególnych pakietów wadium wynosi: Pakiet I - 26.600- zł. Pakiet II - 14.200- zł.

Pakiet III - 6.500,- zł. Pakiet IV - 2.900,- zł. Pakiet V - 2.000,- zł. Pakiet VI - 20.800,- zł.

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

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

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

tak  nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

#### III.2) WARUNKI UDZIAŁU

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

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Wykonawcy winni posiadając uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień i przedłożą koncesję, zezwolenie lub inny dokument potwierdzający uprawnienia wykonawcy do hurtowego obrotu lekami, a także posiadają stosowną wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia, na potwierdzenie czego przedłożą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w pkt. 4.1, SIWZ zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.

##### III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

dysponują odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, potwierdzenie czego przedłożą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w pkt. 4.1, SIWZ zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy Pzp oraz Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Pzp. -Aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (UWAGA: Wykonawcy będący osobami fizycznymi są zobowiązani złożyć zamiast tego dokumentu oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy).  
- Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie 3 wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;

- Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;

- Jeżeli Wykonawca, wykazując spełnianie warunku, o którym mowa w punkcie 4.1.3 SIWZ, polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia, w odniesieniu do tych podmiotów do oferty należy załączyć dokumenty wymienione powyżej w punktach 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4 SIWZ oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia.

stępujące dokumenty:

**III.2.3) Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

[oświadczenie jak w pkt. 2.2](#)

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

*(jeżeli dotyczy):*

**III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

---

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

tak  nie

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

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

tak  nie



## Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii

### SEKCJA IV: PROCEDURA

#### IV.1) RODZAJ PROCEDURY

##### IV.1.1) Rodzaj procedury

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

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

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

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

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

tak  nie

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA****IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia** (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

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

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

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

**IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna**

tak  nie

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

**IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE****IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą** (jeżeli dotyczy)

[WSM/DZP/381/1987/N/2010/II](#)

**IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**

tak  nie

**Jeżeli tak**,

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

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

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów
Data: <b>16/04/2010</b> (dd/mm/rrrr) Godzina: <b>14:30</b>
Dokumenty odpłatne
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie
<b>Jeżeli tak</b> , Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta:
Warunki i sposób płatności:

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 19/04/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:00

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

Data: (dd/mm/rrrr)

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

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

inny:

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

Do: (dd/mm/rrrr)

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

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 19/04/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 11:00

Miejsce (jeżeli dotyczy):

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak  nie

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** *(jeżeli dotyczy)*

tak  nie

**Jeżeli tak**, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

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

tak  nie

**Jeżeli tak**, odniesienie do projektów i/lub programów:

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

Oficjalna nazwa: [Krajowa Izba Odwoławcza](#)

Adres pocztowy: [Postępu 17a](#)

Miejscowość: [Warszawa](#)

Kod pocztowy: [02-676](#)

Kraj: [Polska](#)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** *(jeżeli dotyczy)*

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

[Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej \(KIO\) w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia,](#)

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii**

---

**VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**Oficjalna nazwa: [Urząd Zamówień Publicznych](#)Adres pocztowy: [Postępu 17a](#)Miejscowość: [Warszawa](#)Kod pocztowy: [02-676](#)

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.5) DATA WYŚLANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**[09/03/2010 \(dd/mm/rrrr\)](#)

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK A****DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

[Kancelaria Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.  
J. Strusia](#)

Adres pocztowy:

[Szwajcarska 3 pok. 239](#)

Miejscowość:

[Poznań](#)

Kod

pocztowy:

[61-285](#)

Kraj:

[Polska](#)**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

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

PAKIET I - Glivec (Imatinib) - lek stosowany w programach terapeutycznych leczenia przewlekłej białaczki szpikowej oraz chemioterapii, w dawkach:

a) w tabl. a 400 mg x 30 tabl. w opakowaniu w ilości 257 opak.

b) w tabl. a 100 mg x 60 tabl. w opakowaniu w ilości 78 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: <b>PLN</b> <b>2656896.00</b>		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

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

Okres w miesiącach: <b>10</b>	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (2)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 2 NAZWA Pakiet II****1) KRÓTKI OPIS**

PAKIET II - Sprycel (Dasatinibum) lek stosowany w programie terapeutycznym leczenia przewlekłej białaczki szpikowej w dawkach:

a) w tabl. a 100 mg x 30 tabl. w opakowaniu w ilości 88 opak.

b) w tabl. a 20 mg x 60 tabl. w opakowaniu w ilości 22 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
1410763.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

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

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

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (3)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 3 NAZWA **Pakiet III****1) KRÓTKI OPIS**

PAKIET III - Tasigna (Nilotinib) lek stosowany w programie terapeutycznym leczenia przewlekłej białaczki szpikowej w dawce: w tabl. a 200 mg a 112 tabl. w opakowaniu w ilości 44 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: <b>PLN</b> <b>645568.00</b>		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

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

Okres w miesiącach: <b>10</b>	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (4)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 4 NAZWA Pakiet IV****1) KRÓTKI OPIS**

PAKIET IV - Thromboreductin (Anagrelid) lek stosowany w programie terapeutycznym leczenia nadpłytkowości samoistnej w dawce: w tabl. a 0,5 mg x 100 tabl. w opakowaniu w ilości 175 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 285950.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

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

Okres w miesiącach: 10	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (5)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA **Pakiet V****1) KRÓTKI OPIS**

PAKIET IV - Thromboreductin (Anagrelid) lek stosowany w programie terapeutycznym leczenia nadpłytkowości samoistnej w dawce: w tabl. a 0,5 mg x 100 tabl. w opakowaniu w ilości 175 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta: EUR
191489.60	
LUB Zakres: między	a
	Waluta:

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

Okres w miesiącach: 10	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**Dostawa leków chemioterapeutycznych stosowanych w hematologii****ZAŁĄCZNIK B (6)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA **Pakiet VI****1) KRÓTKI OPIS**

PAKIET VI - Mabthera (Rituximab) - lek stosowany w programach terapeutycznych leczenia chłoniaków złośliwych oraz chemioterapii w dawkach:

a) w fiolkach a 500 mg (1 fiołka stanowi 1 opak.) w ilości 297 opak.

b) w fiolkach a 100 mg x 2 fiołki w opakowaniu w ilości 201 opak.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

podano w pkt. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta: PLN
2077587.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

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

Okres w miesiącach: 10	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**