

Zamawiający:  
Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego  
ul. Opolska 36 a  
47-100 Strzelce Opolskie  
Tel. 774070114  
Fax. 774070132  
e-mail: [zam.publiczne1@szpital.strzelce-op.pl](mailto:zam.publiczne1@szpital.strzelce-op.pl)  
strona internetowa: [www.szpital.strzelce-op.pl](http://www.szpital.strzelce-op.pl)

## *Zapytanie ofertowe*

**Dotyczy: dostawa produktów farmaceutycznych dla Szpitala Powiatowego im. Prałata J.Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich.**  
(Znak sprawy: SP/02-ZO/24)

**Postępowanie ma charakter otwarty i może w nim wziąć udział każdy Wykonawca, który spełnia określone w nim warunki.**

Kod CPV: 33600000-6 Produkty farmaceutyczne.

1. **Przedmiot zamówienia:** Na podstawie art. 30 ust 4 ustawy Pzp oraz wewnętrznego Regulaminu Udzielania Zamówień Nieobjętych Ustawą o Zamówieniach Publicznych Szpital Powiatowy im. Prałata J.Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich prosi o przygotowanie oferty cenowej na dostawę leków, zgodnie z *Formularzem Cenowym*, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego *Zapytania Ofertowego*.
2. **Wymagania szczegółowe dotyczące przedmiotu zamówienia:**
  - 2.1. Leki winne być dostarczane w oryginalnych, nienaruszonych opakowaniach.
  - 2.2. Zaoferowane leki winny figurować w Urzędowym Wykazie Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce. Na potwierdzenie Wykonawca składa oświadczenie – wg Druku Oferty (Zał. nr 1).
  - 2.3 **Zamawiający jako równoważne dopuszcza wszystkie postaci doustnych leków** (tabletki, tabletki powł., drażetki, kapsułki). Dla leków iniekcyjnych dopuszcza się różne formy opakowań, jak: ampułki, fiolki, ampułko-strzykawki.
  - 2.4 **Zamawiający dopuszcza zaoferowanie leku równoważnego**, zawierającego tę samą substancję czynną, w tej samej dawce i postaci oraz posiadającego te same właściwości, wskazania kliniczne. Dopuszcza się zamienne rozwiązania równoważne pod warunkiem spełnienia co najmniej tych samych wymagań bezwzględnych.
  - 2.5 **Dla leków iniekcyjnych jednej substancji czynnej o różnych dawkach Zamawiający wymaga zaoferowania leku od jednego producenta.**
  - 2.6 W przypadku braku danego leku na rynku wskutek zaprzestania jego produkcji, braku harmonizacji lub czasowego braku spowodowanego innymi powodami, **Zamawiający wymaga aby Wykonawca wycenił dany lek po ostatniej cenie sprzedaży lub zaoferował lek równoważny.**

2.7 Z dniem zawarcia umowy, Wykonawca którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, zobowiązany jest do przekazania Formularza Cenowego w wersji elektronicznej kierownikowi Apteki szpitalnej.

**3. Termin realizacji zamówienia:** 7 m-cy od dnia zawarcia umowy.

**4. Wymagania podmiotowe:** Wykonawca powinien posiadać uprawnienie wydane przez odpowiedni organ do hurtowego obrotu lekami, w zakresie przedmiotu zamówienia, zgodnie z Prawem farmaceutycznym.

Na potwierdzenie Wykonawca składa oświadczenie – wg Druku Oferty (Zał. nr 1).

**5. Wymagany – minimalny – termin płatności:** 60 dni od dnia wystawienia faktury Zamawiającemu.

**6. Termin złożenia oferty – do dnia 7 marca br. do godz. 15:00.** Za dotrzymanie ww. terminu składania ofert uznaje się złożenie (przesłanie) oferty do sekretariatu Szpitala lub przesłanie skanu oferty na adres [zam.publiczne1@szpital.strzelce-op.pl](mailto:zam.publiczne1@szpital.strzelce-op.pl) (temat: oferta na dostawę leków) - przed upływem tego terminu.

**7. Kryterium oceny ofert:** cena- 100 %.

**8. Termin związania ofertą:** 30 dni

**9. Kontakt telefoniczny:** Bogdan Ploch – Przewodniczący Komisji ds. oceny ofert,  
tel. 77/40 70 114

**10. Załączniki:**

- 1) *Formularz Ofertowy.*
- 2) *Formularz Cenowy.*
- 3) Projekt umowy.

**11. Dokumenty jakie powinien dostarczyć Wykonawca:**

- 1) Wypełniony *Formularz Ofertowy* (zał. 1)
- 2) Wypełniony *Formularz Cenowy* (zał. 2)
- 3) Pełnomocnictwo – *jeśli dotyczy*

**Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.**

Z poważaniem:

DYREKTOR  
  
Beata Czempli

Rozdzielnik:

- 1) Publikacja na stronie internetowej Zamawiającego.