



109 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Szczecinie



Certyfikat nr 485732

ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001

Szczecin, dnia 01.10.2024 r.

Znak sprawy Nr RPoZP 23/2024

Dotyczy: postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę produktów leczniczych do 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

Pytania i odpowiedzi do SWZ nr 15

1. Czy w sytuacji, kiedy Hurtownia Farmaceutyczna nie otrzyma z MZ własnej czasowej zgody na sprowadzenie produktu z za granicy (import interwencyjny), Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktu sprowadzanego do kraju na wniosek Zamawiającego (w trybie art. 4 ust. 1 Ustawy Prawo Farmaceutyczne)?

Odp: Dopuszcza dla pakietu 37

2. Prosimy o wydłużenie terminu dostawy dla produktów sprowadzanych w ramach importu docelowego dla pakietu nr 37 do 3 tygodni.

Odp: Dopuszcza termin 3 tyg

3. Zwracamy się z prośbą o zmianę zapisów pkt. 6 formularza oferty poprzez dodania sformułowania „nie dotyczy produktów sprowadzanych w ramach importu docelowego”.

Odp: Zamawiający wyraża zgodę i modyfikuje pkt 6 Oferty Wykonawcy stanowiący załącznik nr 2 do SWZ i nadaje mu brzmienie:

„Wykonawca oświadcza, że oferowane produkty lecznicze, **za wyjątkiem produktów sprowadzanych w ramach importu docelowego**, posiadają dokumenty dopuszczające ich stosowanie w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodne z wymaganiami określonymi odpowiednio w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. DzU.2024.686) oraz zobowiązuje się udostępnić powyższe dokumenty na każde wezwanie Zamawiającego”

KOMENDANT

plk mgr Krzysztof Jurkowski

IB 918105982

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres siedziby Wykonawcy:

.....
.....

NIP:

REGON:

KRS/CEDIG, jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać stronę rejestru:

Nr telefonu:

Nr faksu:

Adres email.....

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy)

Dane teleadresowe osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym:

.....

Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, funkcja):

.....

Rodzaj wykonawcy

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczą - TAK/NIE*

Inny rodzaj - TAK/NIE*

OFERTA WYKONAWCY

1. Oferujemy dostawę produktów leczniczych do 109 Szpitala Wojskowego na warunkach i zasadach określonych w SWZ za cenę wskazaną w formularzu ofertowym (załącznik nr 1 do SWZ).
2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni od dnia wykonania dostawy i doręczenia faktury Zamawiającemu.
3. Dostawa w dni robocze na koszt Wykonawcy w ciągudni roboczych od złożenia zamówienia (max. 2 dni robocze). Zamawiający dopuszcza dostawę za pomocą firmy kurierskiej.
W przypadku braku wpisania terminu Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował maksymalny termin dostawy.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
6. Wykonawca oświadcza, że oferowane produkty lecznicze, **za wyjątkiem produktów sprowadzanych w ramach importu docelowego**, posiadają dokumenty dopuszczające ich stosowanie w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wymaganiami określonymi odpowiednio w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. DzU.2024.686) oraz zobowiązuje się udostępnić powyższe dokumenty na każde wezwanie Zamawiającego.
7. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie.....tel./fax.....

9. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zamówienia
10. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku*
11. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]*

.....
W przypadku braku zaznaczenia pkt 11, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie.

12. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu**.

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

** W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).17.

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1, 3 i 4 do niniejszej SWZ.

„Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”