



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
w PILE
im. Stanisława Staszica
64-920 Piła, ul. Rydygiera 1



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 27001:2013
www.tuv.com
ID 9108628147

Dyrektor (067) 210 62 00
Centrala (067) 210 66 66
Fax (067) 212 40 85
e-mail: wspila@pi.onet.pl
www.szpitalpila.pl

Piła, 08.03.2019 roku

NO-ZP.VII- 240/12/19

ZMIANA TREŚCI
SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pod hasłem „LEKI DO PROGRAMW LEKOWYCH”

Zamawiający Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 roku (tj. Dz. U. z 2018 roku, poz. 1986z późn. zm) **modyfikuje treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia poprzez zmianę poniższych treści:**

– **punkt 3.2. SIWZ otrzymuje brzmienie:**

3.2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych – **10 zadań**. **Nie dopuszcza się** składania ofert częściowych na poszczególne pozycje w pakiecie.

– **punkt 9.1. SIWZ otrzymuje brzmienie:**

9.1. Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium przed upływem terminu składania ofert w wysokości 132 510,00 zł (słownie: sto trzydzieści dwa tysiące pięćset dziesięć złotych 00/100)

Nr zadania	kwota	słownie
Zadanie Nr 1	79 000,00 zł	siedemdziesiąt dziewięć tysięcy złotych 00/100
Zadanie Nr 2	300,00 zł	trzysta złotych 00/100
Zadanie Nr 3	260,00 zł	dwieście sześćdziesiąt złotych 00/100
Zadanie Nr 4	22 700,00 zł	dwadzieścia dwa tysiące siedemset złotych 00/100
Zadanie Nr 5	4 600,00 zł	cztery tysiące sześćset złotych 00/100
Zadanie Nr 6	400,00 zł	czterysta złotych 00/100
Zadanie Nr 7	5 000,00 zł	pięć tysięcy złotych 00/100
Zadanie Nr 8	11 300,00 zł	jedenaście tysięcy trzysta złotych 00/100
Zadanie Nr 9	8 900,00 zł	osiem tysięcy dziewięćset złotych 00/100
Zadanie Nr 10	50,00 zł	pięćdziesiąt złotych 00/100

Wobec powyższych zmian modyfikacji ulega Załącznik nr 1 do SIWZ – formularz ofertowy oraz Załącznik nr 2 do SIWZ. Zmodyfikowane dokumenty stanowią załączniki do tej zmiany.

FORMULARZ OFERTOWY	
Przedmiot zamówienia	LEKI DO PROGRAMÓW LEKOWYCH
Zamawiający	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica 64-920 Piła, ul. Rydygiera 1
Oferent – pełna nazwa Oferenta, adres, NIP REGON	
tel., fax.	
e-mail	
Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres siedziby):</i>	
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 1 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 2 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 3 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 4 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 5 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 6 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 7 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 8 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....
OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 9 <i>(podlega ocenie)</i>	wartość brutto:..... słownie:.....

OFEROWANA WARTOŚĆ ZA WYKONANIE ZADANIA 10 (podlega ocenie)	wartość brutto: słownie:
Uwaga: Zamawiający <u>wymaga</u> , aby do oferty załączyć <u>wyłącznie strony</u> formularza dotyczące zadań, na które Wykonawca składa ofertę. Dotyczy to również formularza cenowego.	
Termin płatności	60 dni
Termin realizacji zamówienia	12 miesięcy od dnia podpisania umowy
OŚWIADCZENIA:	
1) zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz we wzorze umowy; 2) w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 60 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 5) akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy). 6) wadium w wysokości _____ PLN , zostało wniesione w dniu:, w formie:; 7) prosimy o zwrot wadium (dot. wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:;	
ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRYZNANIA ZAMÓWIENIA:	
1) zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2) osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest: e-mail:.....tel./fax:;	
PODWYKONAWCY:	
Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)	
1) 2)	
Oświadczamy, że oferta: zawiera / nie zawiera* (<i>niepotrzebne skreślić</i>) na str. oferty informacje, które stanowią TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w pkt. 12.7 SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia.	
Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw (właściwe zaznaczyć)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. str.
2. str.
3. str.
4. str.

Oferta została złożona na zapisanych i kolejno ponumerowanych oraz podpisanych stronach.

ZADANIE NR 1

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT %	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	INTERFERON BETA -1A	inj.im. roztwór	30mcg- 6 mln j.m./0,5ml	4 zestawy lub 4 zestawy w autowstrzykiwaczu	528					
2.	NATALIZUMABUM	inj.	0,3g/15ml	1 fiol. 15 ml	3					
3.	FINGOLIMODUM	kaps	0,5mg	28 szt	25					
4.	DIMETHYL FUMARATE	kaps.	120 mg	14 szt	37					
5.	DIMETHYL FUMARATE	kaps.	240 mg	56 szt	200					
6.	INTERFERON BETA -1A	inj.i.m. roztwór	44mcg w 0,5 ml	12 amp-strzyk. lub 4 wkłady 1,5 ml	96					
7.	GLATIRAMERUM	inj.sc.	40 mg	12 amp-strzyk	342					
8.	Interferon Beta - 1B	inj.	250 mcg/ml	15 fiol.+ ampułkostrzykawki z rozpuszczalnikiem +zestaw do wstrzykiwań	225					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaofertowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 2

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1	BOTULINUM A TOXIN	inj.	100 j	1 fiol.	20					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaofertowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 3

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1	BOTULINUM A TOXIN	inj.	100 j	1 fiol.	24					
RAZEM										

Preparat wolny od białek kompleksujących

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 4

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	ETANERCEPTUM	inj.	50 mg	4 wstrzykiwacze po 1 ml lub 4 ampulkostrzykawki lub 4 zestawy do przygotowania wstrzyknięcia	72					
2.	GOLIMUMABUM	roztwór do wstrzykiwań	50 mg	1 ampstryk. lub wstrzykiwacz	24					
3.	CERTOLIZUMAB PEGOL	inj.	200mg/ml	2 ampstryk.	2					
4.	ADALIMUMAB	inj.	40 mg	2 amp.strzyk. + 2 gaziki	295					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 5

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	RITUXIMABUM	inj.	10mg/ml	1 fiol. 500 mg	17000 mg					
2.	TOCILIZUMABUM	inj.	20 mg/ml	fiol.80 mg, 200 mg,400mg	740 mg					
3.	TOCILIZUMABUM	inj.	162mg	4 amp.-strzyk.	2					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 6

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	CINACALCETUM	tabl.	30 mg 60 mg lub 90 mg	28 tabl.	199 642 mg					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 7

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	AFLIBERCEPT	inj.	0,004g/0,1ml	1 fiol.	103					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga preparatu do stosowania w programie lekowym neowaskularnej (wysiekowej) postaci zwyrodnienia plamki żółtej (AMD) oraz aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 8

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	VAT (%)	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM	roztwór do stosowania iv	5%	fl 5, 10 g	2495					
RAZEM										

Wskazania do stosowania w chorobach neurologicznych

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ " leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych " oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 9

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	KWOTA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	TERIFLUNOMIDUM	tab.	14mg	op. zawiera 28 tabl.	80					
2.	ALEMTUZUMAB Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji	fiolka	12 mg	1 fiolka	5					
RAZEM										

Uwaga

Zamawiający wymaga aby zaoferowane leki znajdowały się w katalogu leków refundowanych w programach lekowych NFZ oraz posiadały limit finansowania zgodny z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

ZADANIE NR 10

Lp.	NAZWA MIĘDZYNARODOWA	POSTAĆ	DAWKA	OPAKOWANIE	ILOŚĆ	NAZWA HANDLOWA	CENA NETTO	WARTOŚĆ NETTO (zł)	KWOTA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO (zł)
1.	BOTULINUM A TOXIN	inj.	300 j. m.	1 fiol.	1					
2.	BOTULINUM A TOXIN	inj.	500 j.m.	1 fiol.	1					
RAZEM										

