

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:402474-2023:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Kutno: Produkty farmaceutyczne  
2023/S 127-402474**

**Ogłoszenie o zamówieniu**

**Dostawy**

**Podstawa prawna:**

Dyrektywa 2014/24/UE

**Sekcja I: Instytucja zamawiająca**

**I.1) Nazwa i adresy**

Oficjalna nazwa: „Kutnowski Szpital Samorządowy” Spółka z o.o.

Krajowy numer identyfikacyjny: 7752631681

Adres pocztowy: ul. Kościuszki 52

Miejscowość: Kutno

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Kod pocztowy: 99-300

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: Agnieszka Tomalak

E-mail: [a.tomalak@szpital.kutno.pl](mailto:a.tomalak@szpital.kutno.pl)

Tel.: +48 243880247

Faks: +48 243880247

**Adresy internetowe:**

Główny adres: [https://platformazakupowa.pl/pn/szpital\\_kutno](https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_kutno)

Adres profilu nabywcy: [https://platformazakupowa.pl/pn/szpital\\_kutno](https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_kutno)

**I.3) Komunikacja**

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: [https://platformazakupowa.pl/pn/szpital\\_kutno](https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_kutno)

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: [https://platformazakupowa.pl/pn/szpital\\_kutno](https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_kutno)

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres podany powyżej

**I.4) Rodzaj instytucji zamawiającej**

Inny rodzaj: Spółka z o.o.

**I.5) Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

**Sekcja II: Przedmiot**

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

**II.1.1) Nazwa:**

Produkty farmaceutyczne

Numer referencyjny: ZP/21/23

**II.1.2) Główny kod CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.1.3) **Rodzaj zamówienia**

Dostawy

II.1.4) **Krótki opis:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa produktów farmaceutycznych: produkty farmaceutyczne różne, antybiotyki, płyny infuzyjne, heparyny, środki antyseptyczne i dezynfekcyjne, produkty lecznicze używane przy cukrzycy, insuliny, produkty lecznicze do leczenia zaburzeń w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego i metabolizmu, produkty lecznicze dla układu nerwowego, produkty lecznicze dla układu sercowo-naczyniowego, krwi, organów krwiotwórczych oraz układu krążenia, środki przeciw nadciśnieniu, środki przeciwbólowe, znieczulające, albuminy, produkty do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, środki antywirusowe, zestawy do podawania leków dla „Kutnowskiego Szpitala Samorządowego” Spółka z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno.

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

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:**

Pakiet numer 1  
Część nr: 1

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

---

L.p.	Nazwa leku	Postać	Dawka	Ilość w opak.	Ilość op. na 12m-cy
1	AETHYLUM CHLORATUM	aaerosol	70 g	1	30
2	ALANTAN	ung	30g	1	430
3	ALANTAN	zas	100g	1	3
4	ALLOPURINOL	tabl	100 mg	50	400
5	ATROVENT	liq do inhal.	1	90	
6	SULFAMETOKSAZOL+TRIMETOPRIM	syrop	100 ml 200mg+40mg	1	5
7	BELLAPAN	tabl	0,25mg	1	3
8	BELOGENT	maść	30g	1	70
9	BERODUAL	sol	20ml plyn	1	550
10	BIOSOTAL	tabl	40 mg	60	8
11	BISACODYL	supp	0.01g	6	20
12	BROMOKRYPTYNA	tabl.	2,5 mg	30	5
13	BRILIQUE	tabl.powl.	90 mg	56	4
14	BUPRENORFINA	syst.transder.	35ug	5	2
15	BUPRENORFINA	syst.transder.	52,5ug	5	2
16	BUPRENORFINA	syst.transder.	70ug	5	2
17	BUSCOLYSIN	amp	0,02g/ml	10	25
18	CALPEROS	caps	1 g	100	25
19	CARBO MEDICINALIS	tabl	20	40	
20	CEFUROKSYM	proszek do sporządzania zaw.doust	50 ml 250mg/ 5 ml	1	6
21	CERNEVIT	fiolka	10	30	
22	ESCITALOPRAM	tabl. powl.	10 mg	28	15
23	ESCITALOPRAM	tabl. powl.	15 mg	28	10
24	CLATRA	tabl.	20mg	30	40
25	CLOTRIMAZOLUM	krem	1	50	
26	CODOFIX	opatr	6 cm x 10 mb	1	7
27	CODOFIX	opatr	8 cm x 10 mb	1	7
28	CODOFIX	opatr	10cm/10mb	1	5
29	CODOFIX	opatr	14cm/1mb	1	5
30	COLCHICUM DISPERT	draż	0,5g	20	10
31	CORNEREGEL	ung.	10 g	1	20
32	CORTINEFF	tabl	0,1 mg	20	36
33	CYCLONAMINE	amp	0.25g/2ml	50	110
34	CZOPKI GLICERYNOWE	supp.	2,0g	10	80
35	DELACET	liq	100 ml	1	60
36	DEXAMETAZON	amp	4 mg / 1 ml	10	600
37	DEXAMETAZON	amp	8 mg / 2ml	10	240
38	DEKSMEDETOMIDINE	fiol.	4 ml 100mcg/ml	4	80
39	DIGOXIN	tabl	0,1 mg	30	60
40	DOBUTAMINE	fiol.	0.25g	1	80
41	DOPEGYT	tabl.	250 mg	50	30
42	DORMICUM	tabl powl.	7,5 mg	10	50
43	DULOKSETYNA	kaps.dojel.	30 mg	28	3
44	EDELAN	maść	15g	1	40
45	EDELAN	krem	15g	1	12

- 46 ELIQUIS tabl 2,5mg 60 10
- 47 ELIQUIS tabl 5mg 60 10
- 48 EPANUTIN fiol. 5 ml 50 mg/ ml 5 3
- 49 ERDOMED proszek do sporządzenia zaw. 100 ml 35 mg /ml 1 55
- 50 ERYTHROMYCIN Cusi maść do oczu 0,5%-3g 1 100
- 51 EUPHYLLIN LONG caps 300 mg 30 25
- 52 EUPHYLLIN LONG caps 200 mg 30 25
- 53 FENISTIL gutt. 20 ml 1 mg/ 1 ml 1 10
- 54 FILGRASTMIN amp - strz. 48 mln.j. 1 20
- 55 FIOLET GENCJANY roztwór wodny 20 g 1% 1 4
- 56 GAMMA Anty HBS fiol 180-200 j.m./ml; 1 fiol. 1 ml 1 15
- 57 GLYPRESSIN amp 1mg/8,5ml 5 5
- 58 GLUCOSUM amp 10 ml 40% 50 5
- 59 GLUCOSUM amp 10 ml 20% 50 5
- 60 HIDRASEC saszetki 30mg 16 25
- 61 HYDROCORISONUM ung 15 g 0,50% 1 5
- 62 HYDROXIZINUM amp 50 mg/1 ml 5 25
- 63 IRUXOL MONO ung 1 5
- 64 JARDIANCE tabl.powl. 10 mg 30 35
- 65 KALDYUM 600mg 100 85
- 66 KALIPOZ tabl 0.75g prolon 60 450
- 67 KLARYTROMYCYNA gran.do sporządzenia zaw.60 ml 250mg/5 ml 1 20
- 68 KLARYTROMYCYNA tabl. pow. 250 mg 14 10
- 69 KLARYTROMYCYNA tabl. pow. 500 mg 14 5
- 70 KWAS TRANEXAMOWY amp.5 ml 100mg/ml 5 630
- 71 LACIDOFIL caps 60 130
- 72 LAMOTRYGINA tabl 50 mg 30 2
- 73 LAMOTRYGINA tabl 100 mg 30 2
- 74 LEVOFLOKSACYNA tabl pow. 500mg 10 15
- 75 LEVOPRONT syrop 120 ml 6 mg / ml 1 20
- 76 LIDOCAIN aerosol 10%, 38 g 1 20
- 77 LINEZOLID roztwór do wlewów dożylnych 300 ml 2 mg/1ml 1 80
- 78 METINDOL RET tabl. 75 mg 25 3
- 79 NITROGLICERYNA amp 10 mg 10 130
- 80 OXAZEPAM tabl.pow. 10 mg 20 3
- 81 MADOPAR kaps 62,5mg 100 7
- 82 MADOPAR kaps 125mg 100 5
- 83 MADOPAR kaps 250mg 100 2
- 84 MADOPAR HBS kaps 125mg 100 4
- 85 MESALAZYNA tabl.dojelit. 500 mg 100 12
- 86 METHOTREXATE tabl 2,5 mg 100 1
- 87 METHYLPREDNISOLON tabl. 4 mg 30 5
- 88 METHYLPREDNISOLON tabl. 16 mg 30 10
- 89 METHYLPREDNISOLON fiol 0,5g 1 20
- 90 METHYLPREDNISOLON fiol. 1 g 1 70
- 91 MUCOSOLVAN płyn do inh. 7,5mg/1 ml 1 15

- 92 MUPIROCYNA ungu. 5 g 20 mg/g 1 3
- 93 MYCONAFINE tabl. 250mg 28 2
- 94 NEBU-DOSE HYPERTONIC 3% 5 ml 3% 30 6
- 95 NASIVIN KIDS aerosol. 10 ml 0,25 mg/ ml 1 60
- 96 NASIVIN gutt. 5 ml 0,1 mg / ml 1 45
- 97 NEOTIGASON kaps. 25 mg 100 1
- 98 NEUROTOP retard tabl. 600 mg 50 10
- 99 NIMPOTOP tabl. pow. 30 mg 100 2
- 100 NIMPOTOP rozt. do inf. 50 ml 1 20
- 101 NITRENDYPINA tabl 10 mg 60 65
- 102 NITRENDYPINA tabl 20mg 60 25
- 103 NITROMINT aerosol 1 7
- 104 NO-SPA tabl 0.08g 20 200
- 105 NO-SPA amp 0.04g/2ml 5 830
- 106 NUTRAMIGEN LGG 1 complete proszek 400 g 1 5
- 107 NUTRAMIGEN LGG 2 complete proszek 400 g 1 5
- 108 NYSTATYNA tabl dopoch. 100 000j 10 40
- 109 ORSALIT saszetki 10 20
- 110 OSTELTAMIVIR tabl 75mg 10 60

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 2  
Część nr: 2

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 2

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 DEXAK amp 50 mg 5 4
- 2 ESPUMISAN gutt. 30 ml 40 mg / ml 1 10
- 3 LETROX tabl.pow. 50 ug 50 80
- 4 LETROX tabl.pow. 75ug 50 20
- 5 LETROX tabl. 100 ug 50 30
- 6 NEBILET tabl 5 mg 28 190
- 7 METFORMINA tabl 500 mg 30 210
- 8 METFORMINA tabl 850 mg 30 60
- 9 METFORMINA tabl 1000 mg 30 150
- 10 PANKREATYNA kaps 10000IU 50 2
- 11 PANKREATYNA kaps 25000IU 20 2
- 12 PRIMACOR tabl. powl 20 mg 60 35
- 13 PRIMACOR tabl. powl 10 mg 60 240
- 14 SKUDEXA tabl.pow. 75 mg/25 mg 20 35
- 15 TRIFAS tabl. 5 mg 30 200
- 16 TRIFAS tabl. 10 mg 30 360
- 17 TRIFAS amp 5 mg/ml 5 1400
- 18 ZOFENIL tabl pow 7,5 mg 28 60
- 19 ZOFENIL tabl pow 30 mg 28 140

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 3  
Część nr: 3

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

33600000 Produkty farmaceutyczne  
33661400 Produkty lecznicze przeciwko chorobie Parkinsona

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 3

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 AMANTIX flak 500 ml 10 30

2 AMANTIX tabl pow. 100 mg 100 6

3 HEPA-MERZ amp 10ml 10 190

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 4

Część nr: 4

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

33692500 Płyny dożylnie

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 4

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1	AMINOVEN INFANT 10%	flak 100 ml	1	4
2	AQUA PRO INJ.	flak.* 100ml	1	2400
3	AQUA PRO INJ.	flak.* 500ml	1	2000
4	GLUCOSUM flak.*	5%/100ml	1	800
5	GLUCOSUM flak.*	5%/500ml	1	8500
6	GLUCOSUM flak.*	10%500ml	1	500
7	GLUCOSUM flak.*	5%250ml	1	1200
8	GLUCOSUM flak.*	10%250ml	1	40
9	GLUCOSUM flak.*	10%100ml	1	80
10	GLUCOSUM flak.*	20%500ml	1	40
11	INJ.GLUCOSI ET NATRII CHL	flak.* 2:1 100ml	1	600
12	INJ.GLUCOSI ET NATRII CHL	flak.* 2:1 250ml	1	600
13	INJ.GLUCOSI ET NATRII CHL	flak.* 2:1 500 ml	1	1700
14	NATRIUM CHLORATUM ' flak.*	0,9%500ml	1	31500
15	NATRIUM CHLORATUM ' flak.*	0,9%250ml	1	11000
16	NATRIUM CHLORATUM flak.*	0,9%-100ml	1	49000
17	OPTYLITE flak*	250 ml	1	1000
18	OPTYLITE flak.*	500ml	1	30000
19	SOL. RINGERI flak.*	500 ml	1	3000
20	VOLUVEN flak.*	6% 500ml	10	10

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 5  
Część nr: 5

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki



Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 5  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 MANNITOL 15% flak. 100ml 1 6000  
2 PLASMALYTE flak. 500 ml 1 2900

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 6  
Część nr: 6

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

24111500 Gazy medyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 6  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 PODTLENEK AZOTU butle 7 kg 1 190

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 7

Część nr: 7

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

33650000 Ogólne środki przeciwniebezpieczne do użytku ogólnoustrojowego, szczepionki, środki przeciwnowotworowe oraz immunomodulacyjne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 7

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 AMPICILLIN fiol 0,5g 1 100

2 AMPICILLIN fiol. 1g 1 900

3 AMPICILLIN fiol 2g 1 200

4 COLISTIN amp 1 mln. 20 60

5 DOXYCYCLINUM aps 0.1g 10 40

6 NEOMYCINUM tabl 0.25g 16 10

7 SYNTARPEN fiol. 1g 1 260

8 TAROMENTIN fiol. 2,2g 1 50

9 TETRACYKLINUM tabl.pow. 0,25 16 10

10 AMPICILLIN+SULBACTAM fiol 1,5g 1 860

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 8

Część nr: 8

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

33692510 Preparaty odżywiania wewnątrzjelitowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 8

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 BEBILON nenatal premium x 24 płyn 70ml 24 50

2 BEBILON 1 pronutra - zawierający oligosachrydy prebiotyczne scGOS/lcFOS 9-1 i postbiotyki x 24 płyn 90ml 24 120

3 BEBIKO 1 Nutriflor -zawierający oligosachrydy scGOS/lcFOS 9-1 oraz składniki dostosowane dla niemowląt, które nie mogą być karmione piersią x24 płyn 100 ml 1 100

4 BEBIKO 2 pulv 350g 1 24

5 BEBILON PEPTI SYNEO 1 proszek 400 g 1 5

6 BEBILON PEPTI SYNEO 2 proszek 400 g 1 5

7 BEBILON PEPTI MCT proszek 450 g 1 2

8 SMOCZEK + NAKRĘTKA do w/w butelek op 48 60

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 9

Część nr: 9

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

33650000 Ogólne środki przeciwnowotworowe oraz immunomodulacyjne do użytku ogólnoustrojowego, szczepionki, środki przeciwnowotworowe oraz immunomodulacyjne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 9

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 GENTAMICIN hemostatyczna gąbka kolagenowa o przedłużonym działaniu antybiotyku-gentamycyny (MIC 10 dni) 10 x 10 x 0,5 2mg/cm<sup>2</sup> 1 15

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 10

Część nr: 10

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 10

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 ACICLOVIR amp/fiol. 250 mg 5 80
- 2 AFLEGAN amp 15 mg / 2 ml 10 35
- 3 AMITRYPTYLLINUM tabl pow. 25 mg 60 4
- 4 ARGOSULFAN krem 2%/40g 1 150
- 5 ARGOSULFAN krem 2%100g 1 20
- 6 CAPTOPRIL tabl 12.5mg 30 40
- 7 CAPTOPRIL tabl 25mg 30 30
- 8 CHLORSUCCILLIN amp 0.2g 10 25
- 9 CORHYDRON fiol. 0,1 g 5 500
- 10 CORHYDRON amp 0.025g 5 60
- 11 EPLERENON tabl pow. 25 mg 30 140
- 12 EPLERENON tabl pow. 50 mg 30 70
- 13 HYDROXIZINUM tabl. powl. 10 mg 30 20
- 14 HYDROXIZINUM tabl. powl. 25mg 30 350
- 15 HYDROCORTISONUM tabl 20 mg 20 10
- 16 LIGNOCAINUM HCL 2% gel 2% A 1 320
- 17 LIGNOCAINUM HCL 2% gel 2% U 1 230
- 18 NEOMYCIN ung opht 0.5% 1 25
- 19 PANCURONIUM amp 4mg/2ml 10 10

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 11  
Część nr: 11

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

33692500 Płyny dożylnie

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 11

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 AMIKACINE płyn do wlewów 1000 mg/100ml 10 150
- 2 AMIKACYNA płyn do wlewów 500 mg /100 ml 10 100
- 3 FLUMAZENIL amp 0,1mg/ml 5 6
- 4 GENTAMICIN płyn do wlewów 80mg/80ml 10 80
- 5 GENTAMICIN płyn do wlewów 240mg/80ml 10 10
- 6 PARACETAMOL fiol./flak 100 ml 10 700
- 7 PŁYN ELEKTROLITOWY ZAWIERAJACY Na, Cl, k,Ca, Mg, octany i jabłczany, izotoniczny płyn do wlewów 500 ml 10 250
- 8 ETOMIDATE LIPURO amp. 2mg/ml 10 70
- 9 GLUCOSUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z CZYTELNAJĄ PODZIAŁKĄ MIN 6 STOPNIOWĄ, Z KOLOROWĄ, ETYKIETĄ, Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN 160ML ecoflac 5% 500 ml 10 150
- 10 GLUCOSUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z CZYTELNAJĄ PODZIAŁKĄ MIN 3 STOPNIOWĄ, Z KOLOROWĄ, ETYKIETĄ, Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN120ML ecoflac 5 %250 ml 10 150
- 11 IBUPROFEN flak. 200mg/50 ml 20 10
- 12 IBUPROFEN flak. 400mg/100 ml 20 35
- 13 IBUPROFEN flak. 600mg/100 ml 20 35
- 14 LIGNOCAIN fiol. 2% 20 ml 20 80
- 15 NATRIUM CHLORATUM 0,9% typu ECOLAV Jalowy roztwór do przeplukiwania 500ml 10 230
- 16 NATRIUM CHLORATUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z CZYTELNAJĄ PODZIAŁKĄ MIN 7 STOPNIOWĄ, Z KOLOROWĄ, ETYKIETĄ, Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN 220ML ecoflac 0,9%1000ml 10 180
- 17 NATRIUM CHLORATUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z CZYTELNAJĄ PODZIAŁKĄ MIN 6 STOPNIOWĄ, Z KOLOROWĄ, ETYKIETĄ, Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN 150ML ecoflac 0,9%500 ml 10 100
- 18 NATRIUM CHLORATUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z CZYTELNAJĄ PODZIAŁKĄ MIN 3 STOPNIOWĄ, Z KOLOROWĄ, ETYKIETĄ, Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN 120ML ecoflac 0,9%250ml 10 100
- 19 NATRIUM CHLORATUM OPAK.STOJĄCE Z DWOMA JEDNAKOWYMI PORTAMI Z DOSTATECZNĄ PRZESTRZENIĄ DO PODAŻY LEKÓW MIN 80ML ecoflac 0,9% 100 ml 20 600
- 20 ONDANSETRON poj 4mg/ml 20 50
- 21 PARACETAMOL flak 50 ml 10 50
- 22 POTASU CHLOREK 0,3% z NaCl 0, 9% płyn 500 ml 10 150
- 23 POTASU CHLOREK 0,3% z Glukozą 5% płyn 500 ml 10 50
- 24 PROPOFOL fiol. a 50 ml 20mg/ml 10 270
- 25 ROZTWÓR 4% MODYFIKOWANEJ PŁYNNEJ ŻELATYNY liq 500ml iv. 10 80
- 26 TRACUTIL fiol. 10ml 5 100
- 27 VIANTAN fiol. 932 mg 10 70
- 28 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH O KALORYCZNOŚCI min.950kcal, zawierający min.32g/l aminokwasów i min. 4,5 g azotu/1 l , emulsję MCT/LCT i omeg-3\* worek3kom 1000-1300ml 5 280

29 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH O KALORYCZNOŚCI min.950kcal, zawierający min.32g/l aminokwasów i min. 4,5 g azotu/1 l , emulsję MCT/LCT i omeg-3\* worek3kom 1800-1900 5 35

30 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH Z KWASAMI OMEGA-3 (MIN 5 G) , ZAWIERAJĄCY MIN 1400 KCAL, 55G/L AMINOKWASÓW, 8G/L AZOTU i emulsję MCT/LCT i omeg-3\* worek3kom 1200-1400ml 5 65

31 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH Z KWASAMI OMEGA-3 (MIN 5 G) , ZAWIERAJĄCY MIN 1400 KCAL, 55G/L AMINOKWASÓW, 8G/L AZOTU i emulsję MCT/LCT i omeg-3\* worek3kom 600-800 ml 5 100

32 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH, ZAWIERAJĄCY 32G/LAMINOKWASÓW,MIN. 4,5G/L AZOTU\* worek2kom 1000ml 5 40

33 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH,OBJĘTOŚĆ 625 ml bez elektrolitów\* szt 625ml 5 5

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 12  
Część nr: 12

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

33651100 Środki antybakteryjne do użytku ogólnoustrojowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 12  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 TYGECYKLINA fiol 50 mg 10 25

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena



- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
  - II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 13  
Część nr: 13
  - II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
  - II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
  - II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 13

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 ACETYLOCYSTEINA amp 300 mg/3 ml 5 220
- 2 AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy tabl 0,625 g 14 5
- 3 AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy fiol 1,2 5 2500
- 4 AMOKSYCYLINUM +kwas klawulanowy tabl 1g 14 380
- 5 AMOKSYCYLINA +KW.KLAWUL. op. 140 ml proszek 457 mg/5 ml 1 10
- 6 AZITROMYCYNA 100 mg/5ml 20 ml 1 10
- 7 AZITROMYCYNA 200 mg/ 5 ml 20 ml 1 20
- 8 AZITROMYCYNA tabl. powl. 0,5 3 160
- 9 BISOPROLOL tabl pow. 2,5 mg 30 200
- 10 BISOPROLOL tabl pow. 5mg 30 250
- 11 BISOPROLOL tabl pow. 10 mg 30 150
- 12 CEFAZOLIN fiol. 1 10 50
- 13 DICLOFENAC NATRIUM amp 0,075/3ml 10 50
- 14 DICLOFENAC NATRIUM tabl.powl. 0,05 50 20
- 15 EDICIN fiol. per os 0,5 1 200
- 16 EDICIN fiol.per os 1 1 1800
- 17 KETONAL amp i.v. 0.1g/2ml 10 400
- 18 KETONAL caps 0.05g 20 60
- 19 KETONAL FORTE tabl 0.1g 30 30
- 20 LEVOFLOKSACYNA flak/ worek 500 mg 5 250
- 21 METHOTREXATE fiol. 0,05/5ml 1 10
- 22 PIPERACYLINA + TAZOBACTAM fiol. 4g/05g 10 100
- 23 PREGABALINA kaps. 75 mg 56 20
- 24 PREGABALINA kaps 150 mg 56 5
- 25 MIDAZOLAM amp. 50 mg/10 ml 5 200
- 26 TULIP tabl.powl. 20 mg 30 200
- 27 TULIP tabl.powl. 40 mg 30 70

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 14

Część nr: 14

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

- 1ACENOCUMAROL tabl. 0,004 g 60 2
- 2ACIDUM ACETYLOSALICYLICUM tabl. dojelit. 0,075 60 400
- 3ACIDUM ACETYLOSALICYLICUM tabl. dojelit. 0,15 60 90
- 4ACYCLOVIR tabl.powl. 400 mg 30 45
- 5ALLERTEC tabl.powl. 10mg 30 10
- 6ALLERTEC syrop 100 ml 1 10
- 7ADRENALINUM amp 0.001g/1ml 10 300
- 8AMIZEPIN ltabl 0,2 50 70
- 9AQUA PRO INJECTIONE amp 10ml 100 80
- 10ATROPINUM SULFURICUM amp 0.0005g/1ml 10 260
- 11BACLOFEN tabl 0.01g 50 90
- 12BETAHISTIN tabl 24mg 30 160
- 13BUPIVACAINE fiol. 0,5% 20 ml 5 20
- 14CALCIUM CHLORATUM amp 10% 10 ml 10 270
- 15CALCIUM Gluconicum amp 10% 10 ml 10 180
- 16CARVEDILOL tabl.powl. 6,25 30 40
- 17CARVEDILOL tabl.powl. 12,5 30 25
- 18CEFUROKSYM tabl. 0,5 g 10 25
- 19CIPROFLOKSACYNA flak 200mg/100ml 40 40
- 20CIPROFLOKSACYNA flak 400mg/200ml 20 350
- 21CIPROFLOKSACYNA tabl 0.5g 10 320
- 22CLEMASTINUM tabl 0.001g 30 150
- 23CLEMASTINUM amp 0.002g/2ml 5 220
- 24CLONAZEPAMUM tabl 0.0005g 30 2
- 25CLONAZEPAMUM tabl 0,002g 30 4
- 26CLONAZEPAMUM amp 0.001g/1ml 10 7
- 27DIGOXIN amp 0.0005/2ml 5 70
- 28DOPAMINUM amp 4% 10 30
- 29DOXAZOSYNA tabl 4mg 30 50
- 30DOXAZOSYNA tabl 2mg 30 60
- 31ENARENAL tabl 0.01g 60 30
- 32EPHEDRINUM HYDROCHLORIC. amp 0.025g/1ml 10 150
- 33ESOMEPRAZOL kaps.dojelit. 40 mg 28 100
- 34FENTANYL amp 0.0001g/2ml 50 70
- 35FENTANYL amp 0.0005g/10ml 50 90
- 36FUROSEMID amp 0.02g/2ml 50 500
- 37FUROSEMID tabl 0.04g 30 250
- 38GLIBETIC tabl 2mg 30 4
- 39GLIBETIC tabl 3mg 30 4
- 40GLIBETIC tabl 4 mg 30 4
- 41HALOPERIDOL tabl 0.001g 40 50
- 42HALOPERIDOL amp 0.005g 10 80
- 43HEPARIN fiol 25000j.m./5m 10 20
- 44HYDROCHLOROTHIAZIDUM tabl 0.025g 30 10
- 45HYDROCHLOROTHIAZIDUM tabl 0.0125g 30 6
- 46IBUPROFEN forte syrop dla dzieci od 3-go miesiąca życia 200 mg/5 ml a 100 ml 1 100

47INFECTOFOS flak. 4 g 10 10  
48INFECTOFOS flak. 2g 10 5  
49KALIUM CHLORATUM fiol. 15%/10ml 50 280  
50KANAVIT amp. 0.01g/1ml 5 210  
51LIGNOCAINUM HCL amp 2% 2ml 10 300  
52LIGNOCAINUM HCL fiol 1%20 ml 5 220  
53LIGNOCAINUM fiol. 2%20ml 5 360  
54LINEZOLID roztwór do wlewów dożylnych 300 ml 2 mg/1ml 1 70  
55LOPERAMID tabl. 2mg 30 200  
56MAGNESIUM SULFURICUM amp 2g/10ml doz. 10 170  
57METAMIZOL tabl 0,5g 60 70  
58METAMIZOL (w ChpL zapis, ze można podawać łącznie z tranadolem ) amp 2ml 5 50  
59METAMIZOL gutte 20 ml 1 10  
60METAMIZOL (w ChpL zapis, ze można podawać łącznie z tranadolem ) amp 5ml 5 3300  
61METOCLOPRAMID tabl 0.01g 50 40  
62METOCLOPRAMID amp 0,01g/2ml 5 650  
63METOPROLOL amp 0.001g/ml-5m 5 260  
64METOPROLOL tabl 0.05g 30 170  
65METOPROLOL ZOK tabl 47,5 mg 28 150  
66METOPROLOL ZOK tabl 23,75 mg 28 80  
67METOPROLOL ZOK tabl 95 mg 28 30  
68METRONIDAZOL tabl 0.25g 20 80  
69METRONIDAZOL liq 0.5%/100ml 40 185  
70METRONIDAZOL tabl. dopoch. 500 mg 10 5  
71MIDANIUM amp 5mg/5ml 10 200  
72MIDANIUM amp 50mg/ 10 ml 5 450  
73MORPHINUM SULFAS amp 0.02g/1ml 10 5  
74MORPHINUM SULFAS amp 0.01g/1ml 10 100  
75MORPHINUM SPINAL amp 1 mg/ ml 10 5  
76NALOXON amp 400 mcg/1 ml 10 15  
77NATRIUM BICARBONICUM amp 8.4%/20ml 10 280  
78NATRIUM CHLORATUM amp 0.9%/10ml 100 150  
79NATRIUM CHLORATUM amp 10% 10 ml 100 90  
80OMEPRAZOL kaps dojelit.twarde 20mg 28 1000  
81OMEPRAZOL kaps dojelit.twarde 40 mg 28 250  
82OPACORDEN tabl 0.2g 60 25  
83PAPAWERINUM HYDR. amp 0,04 g 10 15  
84PHENAZOLINUM amp. 100mg/2ml 10 20  
85PLOFED fiol. 1% 20ml 5 10  
86POLFENON tabl. powl. 0,3g 20 50  
87POLFILIN tabl prolong. 0,4 60 25  
88POLFILIN amp 0,3/15ml 10 70  
89POLOPIRYNA S tabl 0,3g 20 20  
90PROPANOLOL tabl 0.04g 50 25  
91RELANIUM amp 0.01g/2ml 50 90  
92RELANIUM tabl.powl. 0.005g 20 150

93RELEASED wlewka 2mg/1ml 5 3  
94RELEASED wlewka 4mg/ml 5 2  
95SALBUTAMOL amp. 0,5mg/ml 10 12  
96SERTRALINA tabl.powl. 50 mg 28 90  
97SIMVASTEROL tabl.powl. 20 mg 28 90  
98SIMVASTEROL tabl.powl. 40 mg 28 60  
99SULFACETAMIDUM 10% gutt 0.5g 12 20  
100TRAMADOL (w ChpL zapis, ze można podawać łącznie z metamizolem amp 50mg 5 2000  
101TRAMADOL (w ChpL zapis, ze można podawać łącznie z metamizolem) amp 100mg 5 730  
102TRAMADOL kaps. 0,05g 20 270  
103 TRAMADOL RETARD tabl 0,1g 30 30  
104 TRIMESOLPHAR amp. 480 mg 10 275  
105 VERAPAMIL tabl.powl. 0.04g 20 20  
106 ZOLPIDEM tabl. 10mg 20 5

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 15

Część nr: 15

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 15

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 ADENOCOR fiol. 3mg/1 ml 6 3
- 2 CALCIUM RESONIUM proszek 1 20
- 3 CLEXANE fiol. 300 mg+zestaw 1 5000
- 4 CLEXANE amp-strzyk. 40 mg 10 500
- 5 CLEXANE amp-strzyk. 60 mg 10 290
- 6 CLEXANE amp-strzyk. 80 mg 10 100
- 7 CORDARONE amp 0.15g/3ml 6 350
- 8 DEPAKINE CHRONO tabl 300mg 30 50
- 9 DEPAKINE CHRONO tabl 500mg 30 100
- 10 DEPAKINE CHRONOSPHERE granulát 500 mg 30 50
- 11 DEPAKINE inj 400mg/4ml 1 600
- 12 RAMIPRIL tabl 2,5 28 70
- 13 RAMIPRIL tabl 5 28 300
- 14 RAMIPRIL tabl 10 28 250

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 16  
Część nr: 16

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 16

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 CLINDAMYCIN amp 600 mg 5 340
- 2 FLUCONAZOL flak 2mg/ml 100 ml 10 160
- 3 IMIPENEM (z cilastatyną) fiol 0,5 10 20
- 4 LEVOFLOKSACYNA flak/ worek 500 mg 10 350
- 5 MEROPENEM fiol. 1g 10 500
- 6 ONDANSETRON amp 4mg 5 320
- 7 PARACETAMOL fiol. 1 g/100 ml 10 500

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 17  
Część nr: 17

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

33615000 Produkty lecznicze używane przy cukrzycy

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 17

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 NOVORAPID Ins. penfill 300j/3 ml 10 10
- 2 NOVOMIX 30 Ins. penfill 300j/ 3 ml 10 10
- 3 INSULATARD Ins. penfill 300j/3 ml 10 10
- 4 RYZODEG FLEX TOUCH 300 J/3 ML 5 2
- 5 TRESIBA FLEX TOUCH 300 J/3 ml 5 2

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena



- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
  - II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 18  
Część nr: 18
  - II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
  - II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
  - II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 18

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 BISEPTOL 480 tabl 0.48g 20 30
- 2 BUDESINID do neb\* zaw. 2 ml 0,5mg/ml 20 450
- 3 CLOPIDOGREL tabl pow 75 mg 28 50
- 4 DEPREXOLET tabl.pow. 10 mg 30 45
- 5 DONEPEZIL tabletki ulegające rozpadowi w j.ustnej 5 mg 28 5
- 6 DONEPEZIL tabletki ulegające rozpadowi w j.ustnej 10 mg 28 5
- 7 DEXAMETHASON tabl 1 mg 20 20
- 8 ENCORTOLON tabl 5 mg 20 20
- 9 ENCORTON tabl 0,02g 20 40
- 10 ENCORTON tabl 0,01g 20 40
- 11 FURAGINUM tabl 0.05g 30 400
- 12 QUETIAPINUM tabl.powl. 25mg 30 1100
- 13 LEVETIRACETAM tabl.powl. 250 mg 50 10
- 14 LEVETIRACETAM tabl.powl. 500 mg 50 25
- 15 LEVETIRACETAM tabl.powl. 750 mg 50 10
- 16 LEVETIRACETAM inj. 500 mg/5 ml 10 25
- 17 LUTEINA tabl.dopoch 50 mg 30 20
- 18 LUTEINA tabl. podjęzykowe 50 mg 30 20
- 19 MEMANTYNA tabletki ulegające rozpadowi w j.ustnej 10 mg 56 10
- 20 NAPROXEN tabl. 0,25 50 6
- 21 ROSUVASTATYNA tabl.powl. 5 mg 28 40
- 22 ROSUVASTATYNA tabl.powl. 10mg 28 80
- 23 ROSUVASTATYNA tabl.powl. 20 mg 28 175
- 24 ROSUVASTATYNA tabl.powl. 40 mg 28 60
- 25 TELMISARTAN tabl 40 mg 28 70
- 26 TELMISARTAN tabl. 80 mg 28 80
- 27 VENLAFKSYNA ER kaps. 37,5mg 28 5
- 28 ZAFIRON kaps 60 5

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 19  
Część nr: 19
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33615000 Produkty lecznicze używane przy cukrzycy  
33622200 Środki przeciw nadciśnieniu  
33622000 Produkty lecznicze dla układu sercowo-naczyniowego
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet nr 19  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 DIAPREL MR tabl 0,06g 60 12  
2 PREDUCTAL tabl 0,035g 90 35  
3 PRESTARIUM tabl 5mg 90 35  
4 PRESTARIUM tabl 10 mg 90 15  
5 TERTENSIF SR tabl 1,5mg 108 100  
6 NOLIPREL tabl 2,5+0625 90 3  
7 NOLIPREL FORTE tabl 5 mg+1,25 90 2  
8 IVABRADINE tabl 5 mg 112 10  
9 IVABRADINE tabl 7,5 mg 112 3
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Cena
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 20  
Część nr: 20
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33661200 Środki przeciwbólowe
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 20

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 Ketamine amp 500mg 5 10

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 21

Część nr: 21

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

33661200 Środki przeciwbólowe

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 21

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 OMEPRAZOL / PANTOPRAZOL (rozp.w glukozie i NaCl) fiol 40 mg 1 17000

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 22

Część nr: 22

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

33610000 Produkty lecznicze dla przewodu pokarmowego i metabolizmu

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 22

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 CLINDAMYCIN tabl.powl 300mg 16 5

2 LAKTULOZA płyn 500ml/9,75g/15ml 1 100

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 23

Część nr: 23

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

33692200 Produkty do żywienia pozajelitowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 23

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 ROZTWÓR PIERWIASTKÓW ŚLADOWYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO amp 10 ml 20 30

2 KONCENTRAT PŁYNNY GLUTAMINY DLA KRYTYCZNIE CHORYCH PACJENTÓW ŻYWIANYCH POZAJELITOWO flak 50 ml 1 100

3 WITAMINY ROZPUSZCZALNE W WODZIE STOSOWANE W ŻYWIENIU POZAJELITOWYM fiol 10 20

4 WITAMINY ROZPUSZCZALNE W TŁUSZCACH A,D,E,K amp 10ml 10 20

5 GLICEROFOSFORAN SODU- koncentrat fiol.20 ml 216 mg/ml 20 3

6 ROZTWÓR AMINOKWASÓW STOSOWANYCH W NIEWYDOLNOŚCI WĄTROBY flak 500ml 8%-10% 10 3

7 ROZTWÓR AMINOKWASÓW STOSOWANYCH W NIEWYDOLNOŚCI NEREK flak 500ml 6%-10% 10 3

8 WOREK 2- KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO ZAWIERAJĄCY CYNK I TAURYNĘ, MIN 50G/L AMINOKWASÓW, MIN 8 G /L AZOTU worek 900- 1000ml 6 30

9 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH I OBWODOWYCH i ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ I EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ typu LCT ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY O OSMOLARNOŚCI ok..750 mOsmoli. worek 1350-1500 ml 4 130

10 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ,ELEKTROLITY, GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego worek 1400-1500 ml 4 5

11 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, ELEKTROLITY,GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego worek 900-1000 ml 4 5

12 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, ELEKTROLITY,GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego worek 450-500 ml 4 10

13 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH I OBWODOWYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, ELEKTROLITY ,GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego. O osmolarności 850 mOs. worek 1150-1250 ml 4 5

14 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH I OBWODOWYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, ELEKTROLITY GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego. O osmolarności 850 mOs. worek 1400-1500 ml 4 5

15 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH I OBWODOWYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, ELEKTROLITY GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIWEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego. O osmolarności 750 mOs. worek 1900-2000 4 5

16 WOREK 3-KOMOROWY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH ZAWIERAJĄCY ROZTWÓR AMINOKWASÓW Z TAURYNĄ, GLUKOZĘ, EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ

ZAWIERAJĄCĄ OLEJ SOJOWY, OLEJ Z OLIVEK, OLEJ RYBNY. Nie zawiera kwasu glutaminowego worek 950- 1050 ml 4 5

17 SPECJALISTYCZNA KOMPLETNA DIETA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO, WYSOKOKALORYCZNA (1,3KCAL/ML), NISKOBIAŁKOWA, O WYSOKIEJ ZAWARTOŚCI AMINOKWASÓW ROZGAŁĘZIONYCH, DLA PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ WĄTROBY. OPAKOWANIE MIĘKKIE TYPU PACK 500 ml 10 3

18 AMIKA PUMP set przyrząd 1 70

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 24  
Część nr: 24

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

33641200 Pozostałe środki ginekologiczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 24  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 PABAL fiol. 5 25

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 25  
Część nr: 25

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

33631600 Środki antyseptyczne i dezynfekcyjne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 25

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 PREPARAT DO DEZYFFEKCJI SKÓRY PRZED ZABIEGAMI, INIEKCJAMI ITP. GOTOWY DO UŻYCIA, BEZBARWNY LUB BARWIONY, NIE WPLYWAJĄCY NEGATYWNIE NA PROCES GOJENIA się RAN. NA BAZIE 3 SUBSTANCJI AKTYWNYCH. BEZ ZAWARTOŚCI JODU, ETANOLU, ZWIĄZKÓW AMONIOWYCH I CHLORHEKSYDYN. SPEKTRUM DZIAŁANIA: B, Tbc, MRSA, V/VACCINIA, Rota. Herpes Simplex, HIV, HBV,HCV w czasie max. 2 min. PRZEDLUŻONE DZIAŁANIE DO MIN.6 h, barwiony i bezbarwny płyn 250 ml 50  
2 PREPARAT DO DEZYFFEKCJI SKÓRY PRZED ZABIEGAMI, INIEKCJAMI ITP. GOTOWY DO UŻYCIA, BEZBARWNY.LUB BARWIONY, NIE WPLYWAJĄCY NEGATYWNIE NA PROCES GOJENIA się RAN. NA BAZIE 3 SUBSTANCJI AKTYWNYCH. BEZ ZAWARTOŚCI JODU, ETANOLU, ZWIĄZKÓW AMONIOWYCH I CHLORHEKSYDYN. SPEKTRUM DZIAŁANIA: B, Tbc, MRSA, V/VACCINIA, Rota. Herpes Simplex, HIV, HBV,HCV w czasie max. 2 min. PRZEDLUŻONE DZIAŁANIE DO MIN.6 h, barwiony i bezbarwny płyn 1000 ml 75

3 STERYLNY, BEZZAPACHOWY PREPARAT DO OCZYSZCZANIA , KONTAMINACI I NAWILŻANIA RAN. ZAWIERAJĄCY DICHLOROWODOREK OCTENIDYNY. BEZ ALKOHOLU, POLIHEKSANIDYNY, ŚRODKÓW KONSERWUJĄCYCH. BEZBARWNY, USUWAJĄCY BIOFILM BAKTERYJNY. MOZLIWOŚĆ STOSOWANIA WE WSZYSTKICH RODZAJACH RAN, M.IM.OSTRYCH, PRZEWLEKŁYCH, OPARZENIACH, ODLEZYNACH. płyn 350 ml 35

4 STERYLNY, BEZZAPACHOWY PREPARAT W ŻELU DO OCZYSZCZANIA,KONTAMINACI I NAWILŻANIA RAN. ZAWIERAJĄCY DICHLOROWODOREK OCTENIDYNY. BEZ ALKOHOLU, POLIHEKSANIDYNY, ŚRODKÓW KONSERWUJĄCYC.,GOTOWY DO UZYCIA, USUWAJĄCY BIOFILM BAKTERYJNY, NALOTY I TKANKI MARTWICZE. UTRZYMUJACY IDEALNY B9ILANS WILGOCI W RANIE.REKOMENDOWANY W RANACH OPARZENIOWYCH. BEZBOLESNA APLIKACJA. żel 250 ml 50

5 OCTENISEPT płyn 1000 ml 450

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**



- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 26  
Część nr: 26
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33615100 Insulina
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet nr 26  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 INSULINUM HUMANUM R fiol 100j.m/ml 3 ml 10 85  
2 INSULINUM HUMANUM N fiol 100j.m/ml 3 ml 10 30  
3 INSULIN M 30,40,50 fiol 100j.m/ml 3 ml 10 10  
4 INSULINUM HUMANUM R fiol 10 ml 1 50
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Cena
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 27

Część nr: 27

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

33615100 Insulina

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 27

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 INSULINA typu Humalog fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

2 INSULINA typu Humalog Mix 25 fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

3 INSULINA typu Humalog Mix 50 fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

4 INSULINA typu Humulin R fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

5 INSULINA typu Humulin N fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

6 INSULINA typu Humulin M3 fiol 3 ml 100 j/ 1 ml 5 3

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 28

Część nr: 28

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

33651000 Ogólne środki przeciwniebezpieczne do użytku ogólnoustrojowego oraz szczepionki

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 28

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 BIODACYNA amp. 125 mg//ml a 2 ml 1 400

2 BIODACYNA gutt.opht. 0,30% 1 50

3 BIOFAZOLIN fiol. 1 g 1 4500

4 CEFOTAKSYM fiol 1 g 1 500

5 CEFTAZYDYM fiol 1 1 240

6 CEFTRIAKSON fiol 1 g 1 3700

7 CEFTRIAKSON fiol 2 g 1 9000

8 CEFUROKSYM fiol. 1,5 g 1 600

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 29

Część nr: 29

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

33622000 Produkty lecznicze dla układu sercowo-naczyniowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 29

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 ACTILYSE fiol 50 mg 1 110

2 ACTILYSE fiol 20 mg 1 100

3 ACTILYSE fiol 10 mg 1 50

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 30  
Część nr: 30
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33620000 Produkty lecznicze dla krwi, organów krwiotwórczych oraz układu krążenia
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet nr 30  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 ALBUMINA LUDZKA 100 ml 20,00% 1 700
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Cena
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 31  
Część nr: 31
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33620000 Produkty lecznicze dla krwi, organów krwiotwórczych oraz układu krążenia

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 31

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 RHOPHYLAC fiol. 300J 1 60

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 32

Część nr: 32

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

33620000 Produkty lecznicze dla krwi, organów krwiotwórczych oraz układu krążenia

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 32

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 GAMMA ANTY D fiol. 150J 1 20

2 GAMMA ANTY D fiol. 50J 1 15

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 33

Część nr: 33

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

33631600 Środki antyseptyczne i dezynfekcyjne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 33

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 MAŚĆ DO DEZYNFEKCJI SKÓRY, W PRZYPADKU ODLEŻYN, OWRZODZEŃ zawierająca w 100 g masei 10 g powidonu jodu maść tuba 100 g 1 15

2 ROZTWÓR DO DEZYFEKCJI SKÓRY ZAWIERAJĄCY w 100g 50g jodopowidonu i 1 g izopropanolu liq 5l barwiony 1 20

3 ROZTWÓR DO DEZYFEKCJI SKÓRY ZAWIERAJĄCY w 100g 50g jodopowidonu i 1 g izopropanolu liq 1l barwiony 1 250

4 ROZTWÓR DO DEZYFEKCJI SKÓRY ZAWIERAJĄCY w 100g 50g jodopowidonu i 1 g izopropanolu barwiony aerosol 250 ml 1 10

5 ROZTWÓR DO DEZYFEKCJI SKÓRY, ANTYSEPTYKI BŁONY ŚLUZOWEJ ZAWIERAJĄCY w 100g 7,5g jodopowidonu liq 1l barwiony 1 65

6 PREPARAT DO ODKAŻANIA SKÓRY PRZED POBIERANIEM KRWI, INIEKCJAMI, CEWNIKOWANIEM, OPERACJĄ, ZAWIERAJĄCY W SWOIM SKŁADZIE WYŁACZNIE ALKOHOLE; ETANOL I 2-PROPANOL - bezbarwny płyn 1000ml 1 150

7 PREPARAT DO ODKAŻANIA SKÓRY PRZED POBIERANIEM KRWI, INIEKCJAMI, CEWNIKOWANIEM, OPERACJĄ, ZAWIERAJĄCY W SWOIM SKŁADZIE WYŁACZNIE ALKOHOLE: ETANOL I 2-PROPANOL - bezbarwny aerosol 250ml 1 500

8 PREPARAT DO ODKAŻANIA SKÓRY PRZED POBIERANIEM KRWI, INIEKCJAMI, CEWNIKOWANIEM, OPERACJĄ, ZAWIERAJĄCY W SWOIM SKŁADZIE WYŁACZNIE ALKOHOLE: ETANOL I 2-PROPANOL - barwiony płyn 1000ml 1 20

9 STERYLNY GOTOWY DO UŻYCIA ROZRWOR SŁUŻĄCY DO IRYGACJI, CZYSZCZENIA, NAWILŻANIA RAN OSTRYCH, PRZEWLEKŁYCH, OPARZENIOWYCH, USUWA BIOFILM, NIE WYKAZUJĄCY

DZIAŁANIA DEZYNFEKUJĄCEGO, ZAWIERAJĄCY POLIHEKSANIDYNĘ I BETAINE, BEZ ZAWARTOŚCI JODOPOWIDUMU I OCTENIDYNY. wyrób medyczny kl.III płyn 1000 ml 1 90  
płyn 350 ml 1 75

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 34  
Część nr: 34

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

33692510 Preparaty odżywiania wewnątrzjelitowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 34

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 DIETA KOMPLETNA W PŁYNIE DLA PACJENTÓW ZCHOROBAJĄ NOWOTWOROWA, POLIMERYCZNA, HIPERKALORYCZNA, (2,4KCAL/ML), ZAWARTOŚĆ BIAŁKA 14,4G/100ml, ŹRÓDŁEM BIAŁKA JEST KAZEINA I SERWATKA, DO PODAŻY DOUSTNEJ, BEZRESZTKOWA, BEZGLUTENOWA, W OPAKOWANIU 4 X 125 ml, OSMOLARNOŚĆ-570 mOsmol/l w różnych smakach płyn 4x125ml 80

2 DIETABEZTŁUSZCZOWAHIPERKALORYCZNA(1,5kcal/ml), BOGATOBIAŁKOWA, OPARTA NA BIAŁKU SERWATKOWYM, ŹRÓDŁEM WĘGLOWODANÓW SĄ WOLNOWCHŁANIANE MALTODEKSTRYNY I SACHAROZA, NISKA ZAWARTOŚĆ SODU I FOSFORANÓW, BEZRESZTKOWA, BEZGLUTENOWA, KLINICZNIE WOLNA OD LAKTOZY, ZAWARTOŚĆ BIAŁKA 4g/100 ml, WĘGLOWODANY 33,5 g/100 ml, OSMOLARNOŚĆ 750mOsmol/l, RÓŻNE SMAKI. płyn 4x200 ml 15

3 DIETA WSPOMAGAJĄCALECZENIE ODLEŻYN I RAN, KOMPLETNA, BEZRESZTKOWA, HIPERKALORYCZNA(1,28 kcal/ml, BEZGLUTENOWA, ZAWIERAJĄCA ARGININĘ PRZYSPIESZAJĄCĄ

GOJENIE RAN, W ILOŚCI MIN. 1,5 g/100 ml, ZAWARTOŚĆ BIAŁKA min. 8g/100 ml. OSMOLARNOŚĆ 500 mosmol/l, RÓŻNE SMAKI płyn 4x200 ml 50  
4 PROSZEK, WYSOKOBIAŁKOWY, BEZGLUTENOWY, ZAWIERAJĄCY NIEWIELKĄ ILOŚĆ POTASU, SODU FOSFORU, Z MAŁĄ ZAWARTOŚCIĄ TŁUSZCZU, KTÓRY MOŻNA DODAWAĆ DO POTRAW I NAPOJÓW BEZ ZMIANY ICH SMAKU I ZAPACHU. proszek 225 g 7

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 35

Część nr: 35

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

33692510 Preparaty odżywiania wewnątrzjelitowego

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 35

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12 m-cy

1 Dieta kompletna, peptydowa, normokaloryczna (1kcal/ml), źródło białka (4g/100ml) – hydrolizat serwatki - mieszanina krótkołańcuchowych peptydów i wolnych aminokwasów, co najmniej 18% wolnych aminokwasów, ponad 25% di i tripeptydów. Zawiera glutaminę. Niska zawartość tłuszczu 1,7g/100ml. but. 1000 ml 1 130

2 Dieta kompletna, peptydowa, normokaloryczna (1kcal/ml), źródło białka (4g/100ml) – hydrolizat serwatki - mieszanina krótkołańcuchowych peptydów i wolnych aminokwasów, co najmniej 18% wolnych aminokwasów, ponad 25% di i tripeptydów. Zawiera glutaminę. Niska zawartość tłuszczu 1,7g/100ml. but. 500 ml 1 150

3 Dieta bezresztkowa, hiperkaloryczna (1,5 kcal/ml), zawierająca mieszaninę białek: serwatkowych, kazeiny, białek soi, białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 6g/100 ml. Zawartość DHA+EPA nie mniej niż



34mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów.Osmolarność nie niższa niż 360 mOsm/l. but. 1000 ml 1 100

4 Dieta kompletna, normalizująca glikemię, normokaloryczna (1kcal/ml) zawierająca 6 rodzajów błonnika, białka nie więcej niż 4,3g/ml.Oparta na białku mleka sojowego. Zawartość jednonienasyconych kwasów tłuszczowych min. 2,9g/100ml. but. 1000 ml 1 350

5 Dieta bezresztkowa, normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek: serwatkowych, kazeiny,białek soi, białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 4g/100ml. Zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3, zawartość DHA+EPA nie mniej niż 30 mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. but. 1000 ml 1 200

6 Dieta bezresztkowa, normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek: serwatkowych, kazeiny,białek soi, białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 4g/100ml. Zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3, zawartość DHA+EPA nie mniej niż 30 mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. but. 500 1 40

7 Dieta kompletna, wysokobiałkowa , hiperkaloryczna 1,25 kcal/ml. Zawartość białka nie mniej niż 6,3g/100ml w tym co najmniej 1,5 g/100ml glutaminy. Osmolarność nie wyższa niż 290 mOsm/l but. 1000 ml 1 64

8 Dieta kompletna, bogatoresztkowa, wysokobiałkowa, dla krytycznie chorych pacjentów, hiperkaloryczna 1,28 kcal/ml. Zawartość białka nie mniej niż 7,5g/100 ml w tym co najmniej 1,5 g/100 ml glutaminy, 0,25 g/100ml argininy. Zawartość 6 rodzajów błonnika - frakcje rozpuszczalne i nierozpuszczalne.Osmolarność nie wyższa niż 270 mOsm/l. but. 500 ml 1 760

9 Dieta wspomagająca leczenie ran, bogatoresztkowa, normokaloryczna (1 kcal/ml) zawierająca co najmniej 0,85g/100ml argininy, minimum 1 g/100ml glutaminy, Całkowita zawartość białka 5,5g/100ml. Zawartość 6 rodzajów błonnika - frakcje rozpuszczalne i nierozpuszczalne. but. 1000 ml 1 40

10 Dieta kompletna pod względem odżywczym o smaku waniliowym, normalizująca glikemię o niskim indeksie glikemicznym, hiperkaloryczna (1,5 kcal/ml), bogatobiałkowa (powyżej 20% energii z białka), oparta na mieszaninie białek sojowego i kazeiny. Zawartość białka 7,7g/100 ml, zawierająca 6 rodzajów błonnika rozpuszczalnego i nierozpuszczalnego, zawartość błonnika 1,5g/100 ml, obniżony współczynnik oddechowy (powyżej 46% energii z tłuszczu), dieta z zawartością oleju rybiego, klinicznie wolna od laktozy, bez zawartości fruktozy. but. 1000 ml 1 100

11 Kompletna dieta bezresztkowa, bez zawartości błonnika , wysokobiałkowa - 10g białka w 100 ml, oparta na mieszaninie białek, izosmolarna, 1,26 kcal/ml worki 500 ml but. 500 ml 1 640

12 PRZYRZĄD DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO W WERSJI GRAWITACYJNEJ, do opak.typu PACK szt 1 200

13 PRZYRZĄD DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO DO OPAKOWANIA TYPU PACK, DO POMP.infinity szt 1 700

14 PRZYRZĄD DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO UNIWERSALNY DO POMPY INFIN. szt 1 200

#### II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Cena

#### II.2.6) **Szacunkowa wartość**

#### 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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 36

Część nr: 36

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 36

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 MARCAINE Spinal haevy 0,5% 5 mg/ ml 5 220

2 TRACRIUM amp 0.05g/5ml 5 130

3 TRACRIUM amp 0.025g/2.5ml 5 45

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 37

Część nr: 37

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 37

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 FRAXIPARINE amp 0,3 ml autostrzyk 10 30

2 FRAXIPARINE amp 0,4 ml autostrzyk 10 1000

3 FRAXIPARINE amp 0,6 ml autostrzyk 10 700

4 FRAXIPARINE amp 0,8ml autostrzyk 10 50

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 38

Część nr: 38

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

33661100 Środki znieczulające

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 38

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 PROPOFOL fiol. 1% 20 ml 5 800

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 39  
Część nr: 39

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

33610000 Produkty lecznicze dla przewodu pokarmowego i metabolizmu

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 39

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 PREPARAT DO KOLONOSKOPII typu Makrogol(4 saszetki) Pikosiarczan sodu+ cytrynian magnezu (2 saszetki) proszek, płyn porcja do wykonania jednego zabiegu 48(12x4) 30

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 40  
Część nr: 40

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 40

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

1 AMLODYPINA tabl. 5 mg 30 85

2 AMLODYPINA tabl. 10 mg 30 120

3 CAPTOPRIL tabl. 12,5 mg 30 60

4 CAPTOPRIL tabl. 25 mg 40 35

5 DIPHERGAN syrop 150 ml 5 mg /5ml 1 10

6 FLUCONAZOLE tabl. 100 mg 28 90

7 FLUCONAZOLE tabl. 200mg 7 15

8 FUROSEMID tabl. 40 mg 30 200

9 HYDROXIZINUM syrop 200 ml 2 mg/ ml 1 5

10 HYDROXIZINUM tabl. 10 mg 30 5

11 HYDROXIZINUM tabl. 25 mg 30 300

12 IRCOLON tabl. 100 mg 30 5

13 IRCOLON retard tabl. 200 mg 100 3

14 NYSTATYNA zawiesina do przechowywania w temp. pokojowej 100 tys.j/1ml 30 ml 80

15 TRAMADOL + PARACETAMOL 37,5mg + 325 mg 60 45

16 VALSARTAN tabl. 80 mg 28 60

17 VALSARTAN tabl. 160 mg 28 40

18 ZOLPIDEM tabl. 10 mg 20 10

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pakiet numer 41

Część nr: 41

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL712 Łódzki

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pakiet nr 41

L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy

- 1 ACIDUM SALICYLICUM kg 1kg 1 2
- 2 ARGENTUM NITRICUM g 100g 1 2
- 3 BENZOCAINUM g 100 g 1 1
- 4 CALCIUM CHLORATUM kg 0,05kg 1 1
- 5 CIGNOLINA kg 0,025kg 1 1
- 6 FORMALDEHYD 35% kg 5kg 1 15
- 7 GLICERYNA 86% kg 5kg 1 5
- 8 GLUCOSUM kg 5kg 1 4
- 9 HYDROCORTISON kg 0,05kg 1 9
- 10 LANOLINUM kg 1kg 1 10
- 11 LEKOBAZA kg 1 kg 1 3
- 12 MENTHOLUM g 50g 1 1
- 13 NATRIUM BICARBONICUM kg 1kg 1 1
- 14 NATRIM CHLORATUM kg 1kg 1 2
- 15 NATRIUM CITRICUM kg 1kg 1 2
- 16 NATRIUM TETRABORICUM g 250 g 1 6
- 17 OLEUM RICINI I lI 1 3
- 18 PARAFINUM LIQ. kg 4kg 1 8
- 19 SULFUR PREC. kg 0,5kg 1 3
- 20 TALCUM kg 1kg 1 3
- 21 VASELINUM ALBUM kg 7kg 1 10
- 22 VIT.A krople 10ml 45000j 1 10
- 23 VIT.E krople 10ml 300mg/ml 1 50
- 24 UREA kg 250g 1 1
- 25 ZINCUM OXYDATUM kg 1kg 1 1

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 42  
Część nr: 42
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet nr 42  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 SURVANTA 2 x fiol.1,5 ml 80 mg/ml 1 2
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Cena
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
Pakiet numer 43  
Część nr: 43
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33660000 Produkty lecznicze dla układu nerwowego i organów zmysłów
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL712 Łódzki  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o., ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
Pakiet nr 43  
L.p. Nazwa leku Postać Dawka Ilość w opak. Ilość op. na 12m-cy  
1 NORADRENALIN\* amp 0,004g/4ml 10 1200
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej

Cena

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**

### **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:  
Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli Wykonawca posiada zezwolenie/koncesje na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w zakresie obrotu produktami objętymi zamówieniem dla których taki wymóg określa powszechnie obowiązujące prawo. W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia dwóch lub więcej Wykonawców warunek posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności musi spełniać każdy z Wykonawców w zakresie wymaganym przepisami prawa.
- III.1.2) **Sytuacja ekonomiczna i finansowa**  
Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:  
Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie
- III.1.3) **Zdolność techniczna i kwalifikacje zawodowe**  
Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:  
Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie
- III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**
- III.2.2) **Warunki realizacji umowy:**  
Szczegółowe warunki i zasady realizacji zamówienia określono w projekcie umowy, stanowiącym Załącznik nr 7 do SWZ.

### **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: 07/08/2023  
Czas lokalny: 10:00



- 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: 04/11/2023
- IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**  
Data: 07/08/2023  
Czas lokalny: 10:15  
Miejsce:  
Za pośrednictwem Platformy pod adresem: [https://platformazakupowa.pl/pn/szpital\\_kutno](https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_kutno)  
Informacje o osobach upoważnionych i procedurze otwarcia:  
Zamawiający nie będzie przeprowadzał sesji otwarcia ofert z udziałem Wykonawców oraz transmitował sesji otwarcia za pośrednictwem elektronicznych narzędzi do przekazu wideo on-line.

#### **Sekcja VI: Informacje uzupełniające**

- VI.1) **Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**  
Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: tak  
Przewidywany termin publikacji kolejnych ogłoszeń:  
II KWARTAŁ 2024r.
- VI.3) **Informacje dodatkowe:**  
1.PODSTAWY WYKLUCZENIA WYKONAWCY Z POSTĘPOWANIA  
1) Zamawiający wykluczy z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcę, wobec którego zachodzą podstawy wykluczenia, o których mowa w: art. 108 ust. 1 ustawy Pzp., w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp., w art. 111 ustawy Pzp.  
2) Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:  
1) obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;  
2) osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub  
3) osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,  
w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polegają się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia.  
3) Zamawiający wykluczy z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcę, wobec którego zachodzą podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych

rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022.835 z dnia 2022.04.15).

2. Wykonawca wraz z ofertą zobowiązany jest złożyć:

1) Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu, zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, (w formie Jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia) w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w Załączniku Nr 3 do SWZ.

2) Oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5k Rozporządzenia 833/2014 oraz art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego - Załącznik nr 3a do SWZ.

3) Oświadczenie Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne świadectwa rejestracyjne lub posiada Decyzję Komisji Europejskiej o udzielenie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu oferowanego produktu na terenie Unii Europejskiej i Wykonawca zobowiązuje się do ich przekazania na każde żądanie Zamawiającego – zgodnie z Załącznikiem Nr 4 do SWZ.

4) Pełnomocnictwo do podpisania/złożenia oferty, jeżeli osobą podpisującą/składającą ofertę nie jest osoba upoważniona do tej czynności na podstawie wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego, zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub innego dokumentu równoważnego z wyżej wymienionymi, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W przypadku gdy do reprezentowania Wykonawcy wymagana jest reprezentacja łączna (więcej niż jedna osoba), do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo/ a podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym łącznie przez wszystkie osoby uprawnione do reprezentacji)

3. Zamawiający oświadcza, że spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 4 maja 2016 r.), dalej: RODO, tym samym dane osobowe podane przez Wykonawcę będą przetwarzane zgodnie z RODO oraz zgodnie z przepisami krajowymi.

#### VI.4) **Procedury odwoławcze**

##### VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17A

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

##### VI.4.2) **Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Miejscowość: Warszawa

Państwo: Polska

##### VI.4.3) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

1. Wykonawcy oraz innemu podmiotowi przysługują środki ochrony prawnej opisane w Dziale IX ustawy Pzp, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Pzp.

2. Odwołanie wnosi się w terminie:

a) 10 dni od dnia przekazania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana przy użyciu środków komunikacji elektronicznej,

b) 15 dni od dnia przekazania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana w sposób inny niż określony w lit. a.

c) 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia dokumentów zamówienia na stronie internetowej.

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

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17A

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

30/06/2023