**Załącznik nr 1**

**EZP/100/20**

**Informacje ogólne o komunikacji elektronicznej dotyczące postępowania przetargowego.**

Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami w niniejszym postępowaniu odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, tj. „Platformy Zakupowej" dostępnej pod adresem [**https://platformazakupowa.pl/skpp**](https://platformazakupowa.pl/skpp)

Wymagania techniczne i organizacyjne opisane zostały w **Regulaminie platformazakupowa.pl,** który jest uzupełnieniem niniejszej instrukcji.

1. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w języku polskim.
2. Informacje i dokumenty związane z przedmiotowym postępowaniem zostały zamieszczone w zakładce „Postępowania". W celu zapoznania się z zamieszczonymi informacjami lub dokumentami należy przejść do tej zakładki.
3. **Poniżej Zamawiający przedstawia wymagania techniczno-organizacyjne związane z udziałem Wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:**

**A/**  Złożenie oferty, w tym oświadczenia (JEDZ), o którym mowa w art. 25a z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tj.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1843; dalej: „ustawa"), **wymaga od Wykonawcy posiadania kwalifikowanego podpisu elektronicznego.**

**B`/**Ofertę może złożyć Wykonawca na Platformie Zakupowej. W celu założenia konta na Platformie Zakupowej należy wybrać zakładkę „Załóż konto", następnie należy wypełnić formularze i postępować zgodnie z poleceniami wyświetlającymi się na ekranie monitora.

- Wykonawca składa ofertę za pośrednictwem **Formularz składania oferty** dostępnym na **platformie zakupowej** w konkretnym postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego.

- Zaleca się, aby każdy dokument zawierający tajemnicę przedsiębiorstwa został zamieszczony w odrębnym pliku tj. w miejscu przeznaczonym na zamieszczenie tajemnicy przedsiębiorstwa.

- **Ofertę należy złożyć wraz z wszystkimi wymaganymi i wymienionymi przez Zamawiającego w SIWZ dokumentami (m.in.: formularz ofertowy, formularz cenowy, JEDZ i inne dokumenty wymagane przez Zamawiającego), w jednym pliku opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Natomiast w przypadku złożenia oferty wraz z ww. dokumentami, w odrębnych plikach, każdy z tych plików musi być osobno podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym,**

**- Pełnomocnictwo lub inny dokument, z którego wynika umocowanie do składanie oświadczeń w imieniu Wykonawcy, powinien być w odrębnym pliku, podpisanym kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez mocodawcę**

**-**Zamawiający dopuszcza również podpisanie ww. dokumentów, w formie skompresowanej, poprzez opatrzenie całego pliku jednym podpisem kwalifikowanym, jest to równoznaczne z poświadczaniem za zgodność z oryginałem wszystkich elektronicznych kopii dokumentów. Jeśli Wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie z osobna każdego ze kompresowanych plików.

- Po wypełnieniu **Formularza składania oferty** i załadowaniu wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk **„Przejdź do podsumowania”. Oferta oraz dokumenty muszą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, zgodnie z wymogiem Zamawiającego.**

**- Należy sprawdzić poprawność złożonej oferty oraz załączonych plików.**

**C/** Wykonawca składa ofertę, która w przypadku prawidłowego złożenia zostaje automatycznie zaszyfrowana przez system. Nie jest możliwe zapoznanie się z treścią złożonej oferty przed upływem terminu otwarcia ofert.

**D/** Występuje limit objętości plików lub spakowanych folderów w zakresie całej oferty lub wniosku dopuszczalna wielkość jednego pliku  **150 MB przy maksymalnej ilości 10 plików.**

**Zamawiający, zgodnie z § 3 ust, 3 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa dopuszczalne formaty przesyłanych danych, tj. plików o wielkości 150 MB. Zalecany format: -pdf.**

**E/**Za datę przekazania oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.

**F/** Wykonawca przed upływem terminu do składania ofert może zmienić, wycofać ofertę za pośrednictwem **Formularza składania oferty.**

- Z uwagi na to, że oferta jest zaszyfrowana nie można jej edytować. Przez zmianę oferty rozumie się złożenie nowej oferty i wycofanie poprzedniej, jednak należy to zrobić przed upływem terminu (zakończenia) wyznaczonego na składanie ofert w postępowaniu.

- Jeżeli wykonawca składający ofertę jest zautoryzowany (zalogowany), to wycofanie oferty następuje od razu po złożeniu nowej oferty.

- Wycofanie oferty jest możliwe do zakończenia terminu składania ofert.

**- System pozwala na złożenie oferty po terminie przy kliknięciu przycisku „Odblokuj formularz”, ale w przypadku złożenia oferty po terminie Wykonawca otrzymuje automatyczny komunikat, że oferta została złożona po terminie.**

**4. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępnienia i przechowywania dokumentów elektronicznych Dz.U.z 2017 r. poz. 1320; dalej: „Rozporządzenie w sprawie środków komunikacji"), określa niezbędne wymagania sprzętowo – aplikacyjne umożliwiające pracę na Platformie Zakupowej, tj.:**

1. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,
2. komputer klasy PC lub MAC, o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10.4, Linux, lub ich nowsze wersje,
3. zainstalowana dowolna przeglądarka internetowa; w przypadku Internet Explorer minimalnie wersja 10.0.,
4. włączona obsługa JavaScript,
5. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader, lub inny obsługujący format plików pdf.

5. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa informacje na temat kodowania i czasu odbioru danych, tj.:

1. Plik załączony przez Wykonawcę na Platformie Zakupowej i zapisany nie jest widoczny dla Zamawiającego, gdyż jest w systemie jako zaszyfrowany. Możliwość otworzenia pliku dostępna jest dopiero po odszyfrowaniu przez system, co następuje po terminie otwarcia ofert,
2. Oznaczenie czasu odbioru danych przez Platformę stanowi przypiętą do oferty elektronicznej datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss), znajdujące się w kolumnie dotyczącej danej oferty, w sekcji - "Data złożenia oferty".

6. Zamawiający, zgodnie z § 4 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa dopuszczalny format kwalifikowanego podpisu elektronicznego jako:

1. dokumenty w formacie .pdf zaleca się podpisywać formatem PAdES;
2. dopuszcza się podpisanie dokumentów w formacie innym niż .pdf, wtedy zaleca się użyć formatu XAdES.

Wykonawca przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, akceptuje warunki korzystania z Platformy Zakupowej, określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej pod adresem [**https://platformazakupowa.pl/skpp**](https://platformazakupowa.pl/skpp) w zakładce „Regulamin" oraz uznaje go za wiążący.

Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z Platformy Zakupowej dotyczące w szczególności logowania, pobrania dokumentacji, składania wniosków o wyjaśnienie treści siwz, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu Platformy Zakupowej znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców" na stronie internetowej pod adresem: link do instrukcji dla wykonawców https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje.

1. **Korzystanie z Platformy Zakupowej jest bezpłatne. W celu ułatwienia Wykonawcom korzystania z Platformy Zakupowej operator platformy uruchomił Centrum Wsparcia Klienta, które służy pomocą techniczną pod numerem**

**tel. 22 101 02 02 lub e-mai: cwk@pl**[**atformazakupowa.pl**](http://atformazakupowa.pl/)

1. **Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się za pośrednictwem platformazakupowa.pl/skpp.**
2. **W sytuacjach awaryjnych np. w przypadku niedziałania platformazakupowa.pl Zamawiający może również komunikować się z Wykonawcami za pośrednictwem poczty elektronicznej podanej w ogłoszeniu i SIWZ, nie dotyczy składania ofert oraz dokumentów składanych wraz z ofertą**

**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektronicznej)**

**EZP/100/20**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODWROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 1**  **Pogram lekowy - LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**  **Wadium: 28 800,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka**  **miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za ml** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Treprostinilum dawka: 1 mg/ml postać: - op./1,0 fiol Możliwość realizacji w zarejestrowanych i refundowanych dawkach. | ml | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **XXXXX** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **XXXXX** | **XXXXX** |
| Z wykonawcą, z którym zostanie zawarta umowę na dostawę leku, Zamawiający zawrze bezpłatną umowę użyczenia pomp infuzyjnych przeznaczonych do podskórnego podawania leku. Ilość zostanie uzgodniona z odbiorca leku. Wykonawca zabezpieczy w czasie awarii pompę infuzyjną zapasową i zapasowy zestaw do wlewu podskórnego. Pompy muszą spełniać kryteria bezpiecznej podaży leku.  Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 2**  **Program lekowy – LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW**  **Wadium: 31 900,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za g** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna do podania dożylnego. 1 ml roztworu zawiera: immunoglobulina ludzka normalna 100 mg, z czego co najmniej 98% stanowi IgG Rozkład podklas IgG: IgG1 około 67,8% IgG2 około 28,7 % IgG3 około 2,3% IgG4 około 1,2 % max IgA - 0,025 mg Osmolarność: około 320 mOsmol/kg Szybkość wlewu maksymalnie: 7,2 ml/kg m.c./h opakowanie: fiolka 10 % 50 ml lub 100 ml Privigen | g | 16 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **XXXXX** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **XXXXX** | **XXXXX** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 3**  **W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**  **Wadium: 15 400,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Ponatinib 15 mg x 60  tabletek | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ponatinib 45 mg x 30  tabletek | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 4**  **Wadium: 5 900,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Olaparib 150 mg tabletki powlekane, opakowanie 56 sztuk | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 5**  **Wadium: 560,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Daunorubicynum 20 mg inj. iv (liofilizat) x 10 fiolek  Trwałość po rekonstytucji min24 h w temp. 2-8 °C | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 6**  **Wadium: 1 520,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Gemtuzumab Ozogamicin 5 mg x 1 fiolka | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 7**  **Wadium: 83,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Valganciclovir 450 mg x 60 tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 8**  **Wadium: 18,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Sirolimusum 1mg/ml roztwór doustny x 1 butelka 60 ml + 30 dozowników | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 9**  **Wadium: 2,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Hepatitis B, purified antigen dawka: 0,02mg/1ml postać: inj. (zawiesina)  op./1,0 fiol. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 10**  **Wadium: 57,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Ranitidinum dawka: 50 mg/100 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./1,0 op. 100 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 11**  **Wadium: 226,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Asparaginasum 10 000 j.m. inj. x 1 fiolka a 20 ml | fiolka | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 12**  **Wadium: 20,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Calcium folinate dawka: 5 mg postać: kaps. op./50,0 kaps. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Calcium folinate dawka: 15 mg postać: kaps. op./20,0 kaps. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 13**  **Wadium: 2,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Glycopyrronium bromide 0,2 mg/1 ml x 5 ampułek | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 14**  **Wadium: 13,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Acetazolamidum dawka: 500 mg postać: inj.x 1 fiolka | fiolka | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 15**  **Wadium: 38,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Carbacholum dawka: 0,1 mg/ml postać: inj. wewnątrzgałkowe (roztwór) op./12,0 fiol. 1,5 ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 16**  **Wadium: 2 935,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Colistinum 1 mln j.m. inj. (proszek do p. roztworu), opakowanie x 20 fiolek | op. | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 17**  **W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**  **Wadium: 380,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Semaglutidum 0,25 mg inj., 1 wstrzyk. 1,5 ml | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Semaglutidum 0,5 mg inj., 1 wstrzyk. 1,5 ml | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Semaglutidum 1,0 mg inj., 1 wstrzyk. 1,5 ml | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 18**  **Wadium: 15,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Insulinum aspartum+ insulinum degludec inj. (roztw.) 100 j./ml, opakowanie x 5 wkładów | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 19**  **W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**  **Wadium: 37,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dulaglutide 0,75 mg/0,5 ml inj. (roztw.), 2 wstrzyk. 0,5 ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dulaglutide 1,5 mg/0,5 ml inj. (roztw.), 2 wstrzyk. 0,5 ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 20**  **W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**  **Wadium: 8,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 10 mg+5 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 20 mg+5 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 40 mg+5 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 10 mg+10 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 20 mg+10 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Atorvastatinum + Perindoprilum argininum 40 mg+10 mg , opakowanie 60 sztuk | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 21**  **Wadium: 147,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Sufentanyl 250µg/5 ml ampułki 5 ml opakowanie 5 ampułek | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 22**  **Wadium: 98,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Cerebrolysinum 215,2 mg/ml inj. doż., ampułka 10 ml. Opakowanie 5 ampułek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 23**  **Wadium: 12,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Sulfotlenek dimetylowy extra czysty o zawartości minimum 99% roztwór 10 ml x 10 fiolek Rejestracja wyrób medyczny | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 24**  **W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**  **Wadium: 2,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Metformin dawka: 0,5 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Metformin dawka: 0,75 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Metformin dawka: 1,0 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 25**  **Wadium: 29,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dapagliflozinum 10 mg tabletki powlekane, opakowanie 28 sztuk | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **XXXXX** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **XXXXX** | **XXXXX** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 26**  **Wadium: 3,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Amlodypiny benzylan 5 mg tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, opakowanie 28 tabletek | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Amlodypiny benzylan 10 mg tabletki ulegające rozpdowi w jamie ustnej, opakowanie 28 tabletek | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 27**  **Wadium: 125,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Tapentadol 50 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu, opakowanie 60 sztuk | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 28**  **Wadium: 130,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Povidone-iodine opakowanie 250 ml roztwór wodny | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 29**  **Wadium: 50,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Paraffinum liqiudum op. 800,0 g | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 30**  **Wadium: 3,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Płyn Lugola (wodny roztwór jodu) op. 40,0 g | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 31**  **Wadium: 32,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Podłoże recepturowe o składzie: parafina ciekła, wazelina biała, monostarynian glicerolu, alhohol cetostearylowy, polisorbat 40, trójglicerydy nasyconych kwasów tłuszczowych o średniej długości łańcucha, glikol propylenowy, krzemionka koloidalna bezwodna, kwas sorbinowy, woda oczyszczona, opakowanie 1 kg | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 32**  **Wadium: 521,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za sztukę** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dwukomorowy worek do żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego, współczynnik Q 65, 845 mOsm, worek dwukomorowy beztłuszczowy o pojemności 1500 ml | sztuki | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 33**  **Wadium: 420,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za sztukę** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Trójkomorowy worek do żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego oraz obwodowego, współczynnik Q 155, 750 mOsml, worek o pojemności 850 ml | sztuki | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Trójkomorowy worek do żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego oraz obwodowego, współczynnik Q 155, 750 mOsml, worek o pojemności 1400 ml | sztuki | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Trójkomorowy worek do żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego oraz obwodowego, współczynnik Q 155, 750 mOsml, worek o pojemności 1950 ml | sztuki | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 34**  **Wadium: 32,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za sztukę** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, wysokobiałkowa, zawartość białka 10g/100ml (serwatka, kazeina, groch, soja), węglowodany 10,4g/100ml, tłuszcze 4,9g/100ml, hiperkaloryczna (1,26 kcal/ml), bezresztkowa, wolna od laktozy (<0,025g/100ml), % energii z białka 32%, węglowodanów 33%, tłuszczu 35%, o osmolarności 275 mOsmol/l, w opakowaniu 500ml | sztuki | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 35**  **Wadium: 155,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **Brutto za sztukę** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Trójkomorowy worek do żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego , współczynnik Q 53, 1270 mOsml, worek o pojemności 650 ml | sztuki | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | żywienia pozajelitowego, do podawania centralnego , współczynnik Q 53, 1270 mOsml, worek o pojemności 1000 ml | sztuki | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 36**  **Wadium: 77,00 zł** | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, w proszku, energetyczna, wysokobiałkowa, bezresztkowa, do podaży doustnej. Zawierająca trzy żródła białka-koncentrat białka serwatki, kazeinian wapnia oraz izolat białka serwatki. Żródłem węglowodanów są maltodekstryny kukurydziane. Żródłem tłuszczów są oleje roślinne MCT/LCT. Produkt bezglutenowy. Klinicznie wolny od laktozy. Saszetka 70 g, 6 saszetek w opakowaniu. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** |  | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 37**  **Wadium: 42,00 zł** | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | | | **Cena jedn.**  **brutto** | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | Dieta w proszku zawierająca wysoką zawartość chlorowodorku L-argininy 36 000 mg/100 g, wysoce przyswajalny hydrolizat kolagenu 40 000 mg/100 g oraz cynk, witaminy A i C. Preparat przezaczony dla pacjentów w przypadku odleżyn i trudno gojących się ran.Saszetka 12,5 g , w opakowaniu 14 saszetek | | op | 50 |  | |  | | |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | **xxxxx** | **XXXXX** | **xxxxx** | |  | | | **xxxxx** |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  ………………………………..  Podpis Wykonawcy | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET NR 38**  **Wadium: 500,00 zł** | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | | **Cena jedn. netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | | **Wartość netto** *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn.**  **brutto** | | **Wartość**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** *Dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna / EAN /dawka/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada) ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym (podać)** |
| 1. | | Proszek do sporządzania roztworu do infuzji 932mg subs. o składzie: palmitynian retinolu 1,82 mg, tokoferol 9,11 mg, cholekalcyferol 0,005 mg, fitomenadion 0,15 mg, kwas askorbowy 200 mg, chlorowodorek tiaminy 7,63 mg, fosforan sodu ryboflawiny 4,58 mg, chlorowodorek pirydoksyny 7,30 mg, cyjanokobalamina 0,005 mg, kwas foliowy 0,60 mg, kwas pantotenowy 15 mg, biotyna 0,06 mg, nikotynamid 40 mg suchej x 10 fiol | op. | 200 | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | **RAZEM** | **xxxxx** | **XXXXX** | | **xxxxx** | |  | **xxxxx** | |  | **xxxxx** | **xxxxx** |
| Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): …..........................................  Słownie (zł): …....................................................................................  Cena pakietu bez podatku VAT (netto): …...........................................  Słownie (zł): ….................................................................................... | | | | | | | | | | | | | |

………………………………..

Podpis Wykonawcy

***C.d. opisu - wymagania ogólne:***

* SIWZ zawiera leki z Programów Lekowych i chemioterapii
* Wszystkie dawki tego samego leku muszą pochodzić od tego samego producenta w obrębie pakietu.
* Dopuszcza się zamienniki (produkty równoważne), zgodnie z SIWZ cz. I, pkt 2, lit. N/.
* Zgodnie z wzorem umowy (w trakcie realizacji umowy) w ramach pakietu istnieje możliwość zamiany ilości asortymentu do wartości pakietu,.
* Dla wszystkich leków muszą być dostarczone karty charakterystyki w wersji elektronicznej razem z ofertą, zgodnie z SIWZ, cz. II, ust. 1.3.
* Wszystkie produkty do podania pozajelitowego muszą być do podania dożylnego.
* W przypadku leków cytostatycznych prosimy o podanie gęstości na żądanie zamawiającego.
* Leki z programów lekowych i chemioterapii muszą znajdować się na liście leków w Obwieszczeniu MZ dotyczącym refundacji.
* Przy zmianach cen urzędowych obowiązek przeceny leków będących na stanie magazynowym apteki w dniu przeceny
* Zmiany do umowy wprowadzane będą zgodnie z **§ 5** umowy.
* Produkty lecznicze są przechowywane w hurtowni farmaceutycznej i transportowane zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Dystrybucji.
* Wyroby medyczne muszą posiadać znak CE
* Leki z Programów Lekowych – możliwość zwrotu do 60 dni w przypadku śmierci pacjenta lub zmiany sposobu leczenia.
* W przypadku zaproponowania opakowania posiadającego inną ilość sztuk +/- 10% (tabletki, ampułki, kilogramy itp.), niż zamieszczona w niniejszym załączniku nr 2, korzystniejszego pod względem ekonomicznym, Wykonawca przeliczy ilość opakowań do dwóch miejsc po przecinku.
* W przypadku ofert zawierających produkty lecznicze data ważności musi wynosić co najmniej jeden rok, natomiast dla produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego co najmniej 6 miesięcy, za wyjątkiem sytuacji szczególnych, których Zamawiający nie może przewidzieć (zawsze musi to być uzgodnione z kierownikiem apteki)
* Dostawa Loco magazyn apteki szpitalnej ul. Długa ½ , 61-848 Poznań lub ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań

Osoby do kontaktu:

ul. Długa ½ - mgr farm. Izabela Kołodziej

ul. Szamarzewskiego 82/84 – mgr farm. Elżbieta Balcerzak

**Standardy jakościowe:**

1. Produkty lecznicze złożone w ofercie muszą być zarejestrowane jako lek. Zamawiający w trakcie realizacji umowy może zwrócić się do Wykonawcy o potwierdzenie, czy produkt jest nadal zarejestrowany jako lek. W przypadku zmiany kwalifikacji przedmiotu umowy Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w tej części.

2. Produkty lecznicze muszą być przechowywane w hurtowni farmaceutycznej i transportowane zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki

Dystrybucji .

**Załącznik nr 2A**

**EZP/100/20 – (przekazać w wersji elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu**

**61-848 Poznań, ul. Długa 1/2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 38 pakietów**

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

**(nazwa firmy)**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 2 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena zadania nr …………….. bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ........................................................................................................................................

Słownie zł............................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie......................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

**W przypadku złożenia oferty do więcej niż jednego pakietu Wykonawca powiela pkt 4 lub składa odrębne formularze.**

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé).*

***Wykonawca potwierdzi ……………………………..(w przypadku braku informacji oznacza, że metoda nie ma zastosowania.***

**5.Termin dostawy max – 1 dzień**

**6.Termin dostawy na import docelowy(max. 30 dni robocze) - …………..…………….. (podać)**

***Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu max tj. 30 dni robocze.***

**7.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

**8.** W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**9. Lista załączników:**

1. Zał. nr 2 - Wykaz przedmiotu zamówienia,
2. Załącznik nr 6 – oświadczenie (dot. RODO)
3. Załącznik nr 8, 8A – oświadczenie (dot. dopuszczenia do obrotu)
4. itd

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia**

**Załącznik nr 4**

**EZP/100/20**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 38 pakietów.**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\*** (Wykonawca wskażę tylko te podmiotu z tej samej grupy kapitałowej, które złożyły ofertę na ten sam przedmiot zamówienia (w przypadku zamówienia w części na ten sam pakiet), na który złożył swoją ofertę Wykonawca składający niniejszą informację, terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.7.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/100/20**

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 38 pakietów.**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN),stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

b) opis towaru ( należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację-opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

c)masa netto ( w pełnych kilogramach ) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d)ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot ( Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

**Załącznik nr 6**

**EZP/100/20**

*Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, 61-848 Poznań, ul. Długa ½, (Dział Zamówień Publicznych, fax. (0-61) 854-90-93)**

*/nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*

* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 7**

**(Wykonawca oświadczenie dołączy do oferty w formie elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**EZP/100/20**

***Przedmiot:***

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia

Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w

Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Załącznik nr 8** **oświadczenie złożyć wraz z ofertą, w wersji elektronicznej,**

**opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**EZP/100/20**

**……………………….. ………………………..**

Pieczątka Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam aktualny dokument dopuszczający zaproponowany przedmiot zamówienia (produkt leczniczy) do obrotu **zgodnie z obowiązującym prawem w zakresie produktów leczniczych** (ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 499.) i **dostarczę po podpisaniu umowy na żądanie Zamawiającego**.

…………………………..

podpis Wykonawcy

**.**

**Załącznik nr 8A** **oświadczenie złożyć wraz z ofertą, w wersji elektronicznej,**

**opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**EZP/100/20**

**……………………….. ………………………..**

Pieczątka Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaproponowany przedmiot zamówienia do obrotu, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w tym zakresie, np. **CE lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności** (jeżeli ocena zgodności była przeprowadzona z udziałem jednostki notyfikowanej, obok znaku CE umieszcza się jej numer seryjny) **oraz, że dostarczę przedmiotowe dokumenty na żądanie Zamawiającego.**

…………………………..

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 9**

**UMOWA Nr ....../……./EZP- wzór**

zawarta w dniu ………………………..2020 roku w Poznaniu

pomiędzy

**…………………………………………………………………………………………………..**

**reprezentowanym przez:**

**…………………………………………………………….**

zwanym w dalszej treści umowy Wykonawcą

a

**Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 61-848 Poznań, ul. Długa ½,**

zarejestrowanym w dniu 28.02.2001r. w Sądzie Rejonowym Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego o numerze KRS : 0000001853

o nadanym Numerze Identyfikacji Podatkowej: PL 778-13-43-588, Regon 000288828

**reprezentowanym przez:**

**…………………………………………………….**

zwanym w dalszej treści umowy Zamawiającym

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1. Wykonawca, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu przez Zamawiającego postępowania na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1843) w trybie przetargu nieograniczonego, zobowiązuje się do dostarczenia Zamawiającemu **produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 38 pakietów**, wg załącznika nr 1 do niniejszej umowy stanowiącego jej integralną część, który jest zgodny z ofertą przetargową.

2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć towar najwyższej jakości.

3. Ilość przedmiotu umowy może ulec zmniejszeniu.

**§ 2**

**Prawa Zamawiającego**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od części lub całości umowy w trakcie zaistnienia okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach, zgodnie z art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych.

2. *Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w przypadku nienależytego wykonania zamówienia przez Wykonawcę po wyznaczeniu mu odpowiedniego dodatkowego terminu do należytego wykonania zamówienia. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy może zostać złożone w terminie do 30 dni od bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu.*

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo realizacji umowy u innego Wykonawcy w części przedmiotu zamówienia, która nie została dostarczona Zamawiającemu przez Wykonawcę w terminie określonym w § 3. W tym przypadku Zamawiający obciąży Wykonawcę różnicą ceny.

4. Zamawiający może rozwiązać umowę, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) zmiana umowy została dokonana z naruszeniem art. 144 ust. 1-1b, 1d i 1e;

2) wykonawca w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1;

3) Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, w ramach procedury przewidzianej w art. 258 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, że państwo polskie uchybiło zobowiązaniom, które ciążą na nim na mocy Traktatów, dyrektywy 2014/24/UE i dyrektywy 2014/25/UE, z uwagi na to, że zamawiający udzielił zamówienia z naruszeniem przepisów prawa Unii Europejskiej.

5. Produkty lecznicze złożone w ofercie muszą być zarejestrowane jako lek. Zamawiający w trakcie realizacji umowy może zwrócić się do Wykonawcy o potwierdzenie, czy produkt jest nadal zarejestrowany jako lek. W przypadku zmiany kwalifikacji przedmiotu umowy Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w tej części. *Oświadczenie o odstąpieniu od umowy może zostać złożone w terminie do 30 dni od uzyskania przez Zamawiającego informacji o zmianie kwalifikacji przedmiotu umowy.*

**§ 3**

**Termin i warunki dostawy**

1. Dostawa towaru przez Wykonawcę odbywać się będzie sukcesywnie na podstawie pisemnego zamówienia Zamawiającego, który określi każdorazowo asortyment i wielkość dostawy.

2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Zamawiającemu towar transportem na własne ryzyko. Koszt transportu zawarty jest w cenie umowy.

3. Na Wykonawcy ciąży odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia lub utraty przedmiotu umowy do chwili potwierdzenia odbioru dostawy przez Zamawiającego.

4. W przypadku wykonania zamówienia w części dotyczącej transportu przy pomocy Podwykonawcy, o ile wskazany był w ofercie przetargowej, Wykonawca odpowiada za działania, uchybienia i zaniedbania Podwykonawcy tak, jak za własne działania, uchybienia i zaniedbania w realizacji niniejszej umowy.

5. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć towar do apteki Zamawiającego w terminie **1 dnia** od momentu otrzymania pisemnego zamówienia od Zamawiającego. Jeżeli dostawa wypada w dniu wolnym od pracy (niedziele i święta) lub poza godzinami pracy apteki szpitalnej dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie. W przypadku leków sprowadzonych na import docelowy termin dostawy do **max 30 dni roboczych.**

6. Przedmiot umowy należy dostarczyć do Apteki Zamawiającego do godz. 15:00. Towar powinien być wniesiony i

rozładowany w Aptece przez Wykonawcę.

7. Miejsce dostaw: Loco magazyn Apteki szpitalnej ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań lub ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań.

8. Odbioru towaru dokonywać będzie osoba upoważniona przez Kierownika Apteki Zamawiającego.

9.Dla jednego zamówienia dopuszcza się maksymalnie 2 numery serii danego towaru.

10. Towar dostarczony będzie do Zamawiającego zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra

Zdrowia z dnia 13 marca 2015 roku w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U. z 2015 r. poz.

381), w tym odpowiednia temperatura udokumentowana wskaźnikiem temperatury.

11. Termin dostawy przez Wykonawcę ustalony w § 3 może zostać przedłużony zgodnie z § 5 ust.1.

12. O przypadku zaistnienia przyczyny określonej w ust.13 Wykonawca poinformuje niezwłocznie Zamawiającego, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zaistnienia powyższych przyczyn, wyznaczając nowy termin dostawy.

13. W przypadku możliwości zaistnienia braku w dostawach wynikających bezpośrednio z winy producenta/wytwórcy Wykonawca zobowiązany jest do pisemnego, natychmiastowego poinformowania o tym fakcie Zamawiającego w terminie do 2 dni celem uzgodnienia dalszej realizacji przedmiotu umowy.

14. W przypadku zaprzestania produkcji lub braku towaru na rynku polskim Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie udokumentować i powiadomić o tym fakcie Zamawiającego. Jednocześnie Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć zamiennik danego towaru, po wcześniejszym uzgodnieniu z Kierownikiem Apteki Zamawiającego. Cena zamiennika nie może być wyższa od ceny towaru podanej w niniejszej umowie (w załączniku).

15. Mając na uwadze implementację przepisów Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/62/UE z dnia 8 czerwca 2011 r. *zmieniającej Dyrektywę 2001/83/WEw sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi - w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji* (zwanej dalej *„FMD”*) oraz w związku z wejściem w życie Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. *uzupełniającego Dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi* (zwanego dalej *„Rozporządzeniem delegowanym”*) w przypadku, gdy dostarczony przez Wykonawcę produkt leczniczy, którego dotyczą szczegółowe obowiązki w zakresie zabezpieczeń określone w *FMD i Rozporządzeniu delegowanym,* nie spełnia wymogów wskazanych w ww. przepisach, a w szczególności nie posiada niepowtarzalnego identyfikatora umożliwiającego weryfikację jego autentyczności oraz identyfikację opakowań jednostkowych lub weryfikacja jego autentyczności z innych przyczyn, niezależnych od Zamawiającego, nie może zostać dokonana, Zamawiający zastrzega sobie prawo do zwrotu Wykonawcy przedmiotowego produktu leczniczego na koszt Wykonawcy.

**§ 4**

**Termin gwarancji i ważności**

1. Wykonawca udziela gwarancji na dostarczony towar Zamawiającemu, której termin obowiązywania będzie zgodny z datą ważności na opakowaniu.

2. Termin ważności sprzedawanego towaru (leków / wyrobów medycznych) nie może upływać wcześniej niż w ciągu 12 miesięcy od dnia jego wydania, za wyjątkiem sytuacji szczególnych, których Zamawiający nie może przewidzieć.

3. W przypadku stwierdzenia wad lub uszkodzeń dostarczanego towaru Wykonawca na pisemny wniosek Zamawiającego, zobowiązuje się w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia, na własny koszt dokonać wymiany na towar wolny od wad i uszkodzeń.

**§ 5**

**Zmiany do umowy**

Zamawiający przewiduje możliwość istotnych zmian postanowień zawartej Umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, w przypadku wystąpienia co najmniej jednej z okoliczności wymienionych poniżej, z uwzględnieniem podawanych warunków ich wprowadzenia:

1. Zmiana terminu dostawy przedmiotu umowy
2. zmiany spowodowane siłą wyższą, w tym klęskami żywiołowymi, warunkami atmosferycznymi uniemożliwiającymi zrealizowanie dostawy w terminie,
3. zmiany będące następstwem okoliczności leżących wyłącznie po stronie Zamawiającego, w szczególności wstrzymanie dostawy,
4. zmiany będące wynikiem czasowego wstrzymania produkcji lub braków na polskim rynku objętych przedmiotem dostawy, w tym będące następstwem działania organów administracji publicznej,
5. dopuszczalne jest skrócenie terminu wykonania umowy

W przypadku wystąpienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w ust. 1 lit. a)-c) termin dostawy może ulec odpowiedniemu przedłużeniu o czas niezbędny do należytego jej wykonania, nie dłużej jednak niż o okres tych okoliczności.

1. Zmiana sposobu spełnienia świadczenia
2. zmiany spowodowane nieprzewidywalną koniecznością dostawy przedmiotu umowy nie wymienionego w Umowie. Zamawiający w powyższym przypadku dopuszcza zakup przedmiotu umowy zamiennego, równoważnego (np. leki w zamiennych opakowaniach lub lek o tożsamej nazwie międzynarodowej innego producenta o innej nazwie handlowej), ale jego cena nie może przewyższać ceny przedmiotu umowy podstawowego. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć go na zasadach określonych w niniejszej Umowie,
3. zmiany spowodowane koniecznością zakupu niektórych leków , wyrobów medycznych w większej ilości niż wymieniona Umowie. Zmiany powyższe możliwe są z równoczesnym zmniejszeniem ilościowym dostawy leków , wyrobów medycznych pozostałych asortymentów,
4. zmiany spowodowane nie wykupieniem pełnej ilości asortymentu. W powyższym przypadku Umowa może zostać przedłużona do czasu wykupienia pełnej ilości leków , wyrobów medycznych określonych w umowie.
5. dopuszczalna jest zmiana świadczenia Wykonawcy na lepszej jakości przy zachowaniu tożsamości przedmiotu świadczenia,
6. dopuszczalna jest zmiana nazwy, określenia, oznaczenia przedmiotu świadczenia Wykonawcy przy zachowaniu tożsamości świadczenia i jego jakości.

Zgodnie z art. 142 ust. 5 pzp **(umowa zawarta na okres powyżej 12 miesięcy)** -  zmiana  wysokości wynagrodzenia należnego wykonawcy, w przypadku zmiany:

**1)** stawki podatku od towarów i usług (jak lit.  b),

**2)** wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,

**3)** zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne,

**4)** 23)zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.

3. Zmiany wynagrodzenia Wykonawcy

1. Zmiany spowodowane wzrostem albo zmniejszeniem stawki VAT lub podatku akcyzowego. Jeśli zmiana stawki VAT lub podatku akcyzowego wzrośnie, Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia wynagrodzenia netto Wykonawcy. W takim przypadku cenna brutto nie zmieni się, zaś obniżeniu ulegnie wynagrodzenie netto Wykonawcy. Jeśli zmiana stawki VAT lub podatku akcyzowego będzie powodować zmniejszenie kosztów przedmiotu umowy po stronie Wykonawcy, Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia wynagrodzenia o kwotę stanowiącą różnicę kwoty podatku VAT lub podatku akcyzowego zapłaconego przez Wykonawcę.
2. W przypadku zmiany cen urzędowych leków na wyższe niż wynikające z niniejszej umowy lub wprowadzenia cen urzędowych wyższych niż wynikające z niniejszej umowy, ceny leków dostarczanych na podstawie niniejszej umowy mogą zostać podwyższone najwyżej do wysokości nowych hurtowych cen urzędowych.
3. W przypadku zmiany cen urzędowych leków na niższe niż wynikające z niniejszej umowy lub wprowadzenia cen urzędowych niższych niż wynikające z niniejszej umowy, ceny leków dostarczanych na podstawie niniejszej umowy zostaną obniżone do poziomu nowych hurtowych cen urzędowych leków z dniem wprowadzenia tych cen. Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić je od dnia obowiązywania nowych cen.
4. W przypadku objęcia leku będącego przedmiotem umowy refundacją na podstawie decyzji wydanej w oparciu o ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, cena zakupu leku będzie zgodna z tą ustawą,
5. dopuszczalna jest zmiana umowy polegająca na zmianie płatnika.

3.1 zmiany spowodowane zmianą wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę – jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, wynagrodzenie Wykonawcy ustalone zgodnie z § 7 ust. 1 i 2 Umowy ulegnie podwyższeniu proporcjonalnie do wzrostu kosztu wykonania zamówienia wynikającego ze zwiększenia wynagrodzeń brutto osób bezpośrednio wykonujących zamówienie, przy czym Wykonawca zobowiązany jest udowodnić, że zmiana wysokości minimalnego wynagrodzenia ma bezpośredni wpływ na koszt wykonania przedmiotu zamówienia,

a) w celu dokonania zmian umowy Wykonawca zobowiązany jest wystąpić do Zamawiającego z pisemnym wnioskiem o zmianę wynagrodzenia, przedkładając odpowiednie kalkulacje i dokumenty:

* potwierdzające zasadność i bezpośredni wpływ zaistniałych zmian na koszty wykonania zamówienia
* określające stopień w jakim zmiana, o której mowa powyżej wpłynie na wysokość wynagrodzenia

b) przed podjęciem decyzji o zwiększeniu wynagrodzenia Zamawiający dokona weryfikacji zasadności oraz poprawności obliczeń dokonanych przez Wykonawcę w zakresie żądanej zmiany wynagrodzenia

c) zmiana wynagrodzenia wykonawcy, zgodnie z powyższymi zapisami nastąpi od dnia

* wejścia w życie przepisów uzasadniających zmianę, jeżeli Wykonawca złoży wniosek w terminie 30 dni, licząc od dnia wejścia w życie tych przepisów, lub
* złożenia wniosku przez Wykonawcę, jeżeli wniosek wpłynie do Zamawiającego po upływie terminu określonego powyżej

3.2 zmiany spowodowane zmianą zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, wynagrodzenie Wykonawcy ustalone zgodnie z § 7 ust. 1 i 2 Umowy ulegnie podwyższeniu proporcjonalnie do wzrostu kosztu wykonania zamówienia wynikającego ze zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, przy czym Wykonawca zobowiązany jest udowodnić, że zmiana tych zasad ma bezpośredni wpływ na koszt wykonania przedmiotu zamówienia.

3.3 zmiany polegające na obniżeniu wynagrodzenia Wykonawcy przy zachowaniu zakresu jego świadczenia umownego,

4. Niekorzystne dla Zamawiającego zmiany umowy dopuszczalne są tylko jeżeli z powodu nadzwyczajnej zmiany stosunków spełnienie świadczenia przez Wykonawcę byłoby połączone z nadmiernymi trudnościami albo groziłoby mu rażącą stratą, czego nie przewidywał on przy zawarciu umowy.

5. Zmiany są dopuszczalne, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) zmiany zostały przewidziane w ogłoszeniu o zamówieniu lub specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postaci jednoznacznych postanowień umownych, które określają ich zakres, w szczególności możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia wykonawcy, i charakter oraz warunki wprowadzenia zmian;

2) zmiany dotyczą realizacji dodatkowych dostaw od dotychczasowego wykonawcy, nieobjętych zamówieniem podstawowym, o ile stały się niezbędne i zostały spełnione łącznie następujące warunki:

a) zmiana wykonawcy nie może zostać dokonana z powodów ekonomicznych lub technicznych, w szczególności dotyczących zamienności lub interoperacyjności sprzętu, usług lub instalacji, zamówionych w ramach zamówienia podstawowego,

b) zmiana wykonawcy spowodowałaby istotną niedogodność lub znaczne zwiększenie kosztów dla zamawiającego,

c) wartość każdej kolejnej zmiany nie przekracza 50% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie;

3) zostały spełnione łącznie następujące warunki:

a) konieczność zmiany umowy spowodowana jest okolicznościami, których zamawiający, działając z należytą starannością, nie mógł przewidzieć,

b) wartość zmiany nie przekracza 50% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie;

4) wykonawcę, któremu zamawiający udzielił zamówienia, ma zastąpić nowy wykonawca:

a) na podstawie postanowień umownych, o których mowa w pkt 1,

b) w wyniku połączenia, podziału, przekształcenia, upadłości, restrukturyzacji lub nabycia dotychczasowego wykonawcy lub jego przedsiębiorstwa, o ile nowy wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu, nie zachodzą wobec niego podstawy wykluczenia oraz nie pociąga to za sobą innych istotnych zmian umowy,

c) w wyniku przejęcia przez zamawiającego zobowiązań wykonawcy względem jego podwykonawców;

5) zmiany, niezależnie od ich wartości, nie są istotne w rozumieniu art. 144 ust. 1e ustawy Pzp;

6) łączna wartość zmian jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 i jest mniejsza od 10% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie w przypadku zamówień na dostawy.

**6. Zmiany postanowień zawartej umowy wymagają, zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności, z wyjątkiem zmian wymienionych w § 5 ust. 3 lit. b, c i d, które będą skuteczne z mocy prawa, z dniem wprowadzenia nowych cen urzędowych. Zmiany wymagają uzyskania zgody Zamawiającego.**

**§ 6**

**Dokumenty**

1. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy został dopuszczony do obrotu na rynku i posiada wymagane prawem ważne dokumenty, stwierdzające o dopuszczeniu do stosowania w podmiotach leczniczych.

2. Wykonawca każdorazowo na wezwanie Zamawiającego zobowiązuje się do dołączenia wymaganych dokumentów wymienionych w ust. 1 do faktury VAT z dostarczonym towarem Zamawiającemu.

3. Wykonawca pokryje wszelką szkodę spowodowaną nie dołączeniem dokumentów, o których mowa w ust.2.

4. Wszystkie dokumenty dostarczone Zamawiającemu przez Wykonawcę winny być w języku polskim i sygnowane numerem umowy. W przypadku dostarczenia oryginalnych dokumentów Producenta zagranicznego muszą one posiadać tłumaczenia na język polski.

5. Wykonawca dostarczy charakterystyki produktów leczniczych, stanowiących przedmiot zamówienia, na żądanie Zamawiającego w terminie 3 dni od dnia zgłoszenia zapotrzebowania na przedmiotowy dokument.

6. Wykonawca, w przypadku, gdy przedmiotem zamówienia są cytostatyki, wraz z realizacją pierwszego zamówienia dostarczy dokumenty określające:

a) masy substancji czynnej i masy dodatków - dla substancji suchych,

b) gęstości – dla roztworów i koncentratów.

**§ 7**

**Cena i warunki płatności**

1. Strony ustalają, że wartość przedmiotu umowy wynosi ………… złotych netto (słownie:), a po dodaniu podatku VAT cenę ……….. złotych brutto (słownie:. Wartość ta stanowi maksymalne zobowiązanie Zamawiającego względem Wykonawcy i z zastrzeżeniem postanowień § 5 nie ulegnie zmianie w trakcie realizacji umowy.

2. Należność za wykonanie przedmiotu umowy płatna będzie przez Zamawiającego przelewem na konto bankowe wystawcy faktury VAT, w terminie **60 dni** od daty dostarczenia jej Zamawiającemu.

2.1. W przypadku gdy Wykonawcy tworzą konsorcjum, należność za wykonanie przedmiotu umowy będzie płatna przez Zamawiającego przelewem na rzecz uczestnika Konsorcjum, który bezpośrednio (faktycznie) realizuje dostawę towaru (lub świadczy usługi) będąc jednocześnie wystawcą faktury VAT w terminie 60 dni od dnia dostarczenia faktury.  
2.2. Wykonawca oświadcza i zapewnia, że wystawca faktury, na każde wezwanie Zamawiającego oświadczy, że podane przez niego konto bankowe w wystawionej fakturze VAT należy do niego, a zapłata przez Zamawiającego na to konto nie ma na celu zmiany wierzyciela na innego uczestnika Konsorcjum.  
2.3. W przypadku, gdy Wykonawcą jest konsorcjum, zakazuje się dochodzenia należności z tytułu realizacji przedmiotu umowy od Zamawiającego przez innego członka konsorcjum niż faktyczny dostawca przedmiotu umowy.

3. Wykonawca zobowiązuje się wystawić i dostarczyć fakturę VAT Zamawiającemu zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy i obowiązującymi przepisami prawa. Poda cenę i nazwę towaru zgodnie z ofertą przetargową i załącznikiem do umowy, wskazując numer umowy, rodzaj wykonywanego zamówienia, (a w przypadku dostaw leków, wyrobów medycznych, odczynników również producenta, numeru serii oraz termin ważności lub datę przydatności dostarczonego towaru. Wymagane informacje Wykonawca może podać w załączniku do faktury.

4. W przypadku niedostarczenia faktury wraz z towarem lub podzielenia zamówienia zależnie od Wykonawcy, Zamawiający ma prawo nie odebrać lub zwrócić towar na koszt Wykonawcy.

5. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury korygującej w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania pisemnej informacji o niezgodności z zamówieniem i umową lub błędach

rachunkowych w fakturze.

6. W przypadku nie dotrzymania powyższego terminu i konieczności wystawienia faktury korygującej„ in minus” Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie przez Zamawiającego kwoty zgłoszonych pisemnie niezgodności „in minus” poprzez potrącenie z najbliższych płatności bez ponoszenia konsekwencji finansowych w postaci odsetek za zwłokę wynikających z tego potrącenia.

7. Wykonawca może użyć na fakturze VAT skróconej nazwy Zamawiającego o brzmieniu:

„Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań”

8.Cena zakupu przedmiotu umowy nabywanego przez Zamawiającego w celu realizacji świadczeń gwarantowanych w każdym momencie trwania umowy musi być zgodna z przepisami ustawy z dnia 12 mają 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Wykonawca gwarantuje stałość cen jednostkowych zaproponowanych w postępowaniu przez cały okres trwania umowy od daty podpisania umowy z zastrzeżeniem § 5 ust. 3 lit. b, c, d.

9. W przypadku prowadzenia promocji w stosunku do innych odbiorców towaru objętego umową, Wykonawca zobowiązany jest objąć promocją towar będący przedmiotem niniejszej umowy.

10. Wykonawca może skorzystać z możliwości przesłania faktury:

Dane skrzynki PEPPOL (E-Faktura):

**Nazwa skrzynki** – Szpital kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, adres Długa ½, 61-848 Poznań PL

**Numer PEPPOL** – 7781343588

**https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl/panel/accounts/document-box/details/9945-7781343588**

**§8**

**Kary**

1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy przez Wykonawcę, Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kar gwarancyjnych na rzecz Zamawiającego w wysokości:

a) 10% niezrealizowanej wartości umowy, w przypadku gdy Zamawiający odstąpi od umowy z winy Wykonawcy.

b) 0,2% wartości niewykonanego lub nienależycie wykonanego zamówienia jednostkowego złożonego przez Zamawiającego stosownie do treści § 3 ust. 1, 3 i 4 niniejszej umowy, za każdy dzień opóźnienia w prawidłowym wykonaniu zamówienia, nie więcej jednak niż 10% wartości zamówienia,

c) 0,2% wartości nienależycie wykonanego zamówienia jednostkowego złożonego przez Zamawiającego stosownie do treści § 3 ust. 1, 3 i 4 niniejszej umowy, w sposób inny niż poprzez opóźnienie za każdy dzień nienależytego wykonania zamówienia, nie więcej jednak niż 10% wartości umowy.

2 Zamawiający może dochodzić od Wykonawcy na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego wysokość kar wymienionych w ust. 1.

3.Zamawiający może potrącać kary wymienione w ust. 1 z wynagrodzenia Wykonawcy.

**§ 9**

**Termin obowiązywania umowy**

1. Umowa zostaje zawarta w dniu …………... i obowiązuje na **okres 12 miesięcy**.

2. Strony przewidują możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umowy wyrażonej w formie pisemnej na podstawie zawartego porozumienia, w przypadkach określonych w **§** 5. W załączeniu do umowy wzór Porozumienia.

**§ 10**

1. Prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez zgody Zamawiającego wyrażonej na piśmie.

2. Niezależnie od zgody Zamawiającego, o której mowa w ust. 1 powyżej, czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący.

3. Wykonawca oświadcza, iż nie dokona jakiejkolwiek czynności prawnej skutkującej zmianą wierzyciela bez uzyskania pisemnej zgody, o której mowa w ust. 1 i 2 powyżej.

**§ 11**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego i Prawa zamówień publicznych wymienionego w § 1 niniejszej umowy.

**§ 12**

**Poufność**

1. Wykonawca zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o charakterze organizacyjnym, ekonomicznym i technicznym mogących stanowić tajemnicę przedsiębiorstwa jednej ze stron w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U.2019.1010), jak również zobowiązuje się do

przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) w tym obowiązującym od dnia 25 maja 2018 roku rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o

ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119), oraz ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r .o ochronie informacji niejawnych (Dz.U.2019.742), w przypadku gdyby uzyskał do nich dostęp, w tym w szczególności do:

* 1. ochrony i zabezpieczenia danych zgodnie z wymogami ustaw,
  2. przetwarzania informacji i danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie,
  3. zachowania w tajemnicy danych osobowych pozyskanych w związku z realizacją umowy
  4. zwrotu wszelkich zawierających dane osobowe nośników danych przekazanych przez Zmawiającego oraz trwałego zniszczenia wszystkich ich kopii,
  5. niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o każdym przypadku naruszenia bezpieczeństwa danych.

2. Zachowanie poufności informacji, o których mowa w ust.1 obowiązuje Wykonawcę także po rozwiązaniu umowy.

3. Naruszenie obowiązku, o którym mowa w ust. 1 powoduje odpowiedzialność Wykonawcy za szkodę wyrządzoną Zamawiającemu (na zasadach wynikających z kodeksu cywilnego) oraz stanowi podstawę do rozwiązania niniejszej umowy przez Zamawiającego z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia.

**4. Powierzenie przetwarzania danych.**

1) W przypadku, gdy w związku z realizacją niniejszej umowy wystąpi konieczność powierzenia Wykonawcy przetwarzania danych osobowych, Wykonawca zobowiązany jest zawrzeć z Zamawiającym, przed rozpoczęciem przetwarzania danych, umowę o powierzenie przetwarzania danych osobowych, określającą zakres i cel przetwarzania danych, zgodnie z załączonym wzorem umowy do SIWZ. Zamawiający zwróci się do Wykonawcy o podpisanie przedmiotowej umowy w sytuacji, gdy wymienione okoliczności będą miały mieć miejsce.

2) W przypadku określonym w pkt 1) Wykonawca zapewni w okresie obowiązywania niniejszej umowy pełną ochronę danych osobowych oraz zgodność ze wszelkimi obecnymi oraz przyszłymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych i prywatności.

3) W przypadku zmiany przepisów prawa lub wydania przez odpowiednie organy nowych wytycznych lub interpretacji dotyczących stosowania przepisów dotyczących ochrony i przetwarzania danych osobowych, Zamawiający dopuszcza zmiany sposobu realizacji umowy lub zmiany zakresu świadczeń Wykonawcy wymuszone takimi zmianami prawa.

**§ 13**

1.Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji postanowień niniejszej umowy będą rozstrzygane na zasadzie porozumienia stron.

2.W przypadku braku porozumienia pomiędzy stronami, sporne kwestie rozstrzygane będą przez sąd powszechny w Poznaniu według właściwości rzeczowej.

**§ 14**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, każdy na prawach oryginału, jeden dla Wykonawcy, a dwa dla Zamawiającego.

**Wykonawca: Zamawiający:**

**Załącznik nr 1 do umowy (wykaz przedmiotu zamówienia zgodny z ofertą przetargową)**

**Zał. Nr 2**

**POROZUMIENIE**

**DO UMOWY NR………………………….**

zawarte w  **dniu ........... roku** w Poznaniu pomiędzy:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

*(nazwa albo imię i nazwisko osoby fizycznej)*, adres:

o nadanym Numerze Identyfikacji Podatkowej:………………………………………..

**reprezentowanym przez:**

**………………………………………………………….**

zwanym w dalszej treści umowy **Wykonawcą**

1. a

**Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 61-848 Poznań, ul. Długa ½,**

o nadanym Numerze Identyfikacji Podatkowej: PL 778-13-43-588

**reprezentowanym przez:**

**Dyrektora Szpitala - ……………………………………**

zwanym w dalszej treści umowy **Zamawiającym**

§1

Działając na podstawie §…….. ust……... umowy nr ….. z dnia ……... (zwanej dalej „Umową”), w związku z nie wykupieniem pełnej ilości towarów, będących przedmiotem Umowy, Strony zgodnie postanawiają przedłużyć okres obowiązywania Umowy o ……….. dni, tj. do dnia …..….

§2

Niniejsze porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron. **Wykonawca po podpisaniu porozumienia odsyła jeden egzemplarz Zamawiającemu.**

§3

Niniejsze porozumienie wchodzi w życie z momentem jego podpisania.

**WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY**

**Załącznik nr 3 do umowy**

**UMOWA UŻYCZENIA (pompy infuzyjne) - wzór**

w Poznaniu dnia **……………………… 2020 roku** pomiędzy:

………………………………………………………………………………………………………………..

**reprezentowanym przez:**

**………………………………………………………**

zwaną w dalszej części umowy: UŻYCZAJĄCYM

a

Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Długiej 1/2, 61-848 Poznań, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS 0000001853, posiadającym NIP 778-13-43-588, Regon 000288828, zwanym w dalszej części umowy BIORĄCYM, reprezentowanym przez:

**Dyrektor Szpitala- dr hab. med. Szczepan Cofta**

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1**

1.Użyczający zobowiązuje się na okres od dnia pierwszej dostawy umowy **nr ……/20/EZP** do dnia zużycia całego towaru objętego wyżej wymienioną umową dostawy nieodpłatnie użyczyć Biorącemu w celu użytkowania następującego urządzenia: **pomp infuzyjnych przeznaczonych do podskórnego podawania leku.**

**o wartości ………………… zł brutto**

2.Wydanie przedmiotu użyczenia nastąpi w dniu podpisania protokołu przekazania i na jego podstawie.

3.Przekazanie i zwrot przedmiotu umowy odbędzie się na koszt Użyczającego.

4.Użyczający oświadcza, że przedmiot użyczenia jest nowy oraz udziela na cały okres trwania umowy gwarancji.

5.W okresie obowiązywania umowy Użyczający będzie zapewniał bezpłatną konserwacje oraz bezpłatny serwis przedmiotu użyczenia.

6.Termin odbioru urządzenia przez Użyczającego zostanie uzgodniony bezpośrednio z użytkownikiem (Oddziały Anestezjologiczne, Oddział Kardiologii przy ul. Długiej i ul. Szamarzewskiego)

7.Zwrot urządzenia odbędzie się na podstawie protokołu zdawczo – odbiorczego.

**§ 2**

1.Biorący oświadcza, że znany jest mu stan techniczny, jakość i sprawność przedmiotu użyczenia i nie wnosi z tego tytułu żadnych zastrzeżeń.

2.Użyczający oświadcza, że nie istnieją żadne okoliczności uniemożliwiające lub ograniczające oddanie przedmiotu umowy do używania i jest on wolny od wad prawnych .

3.Użyczający oświadcza, że przedmiot użyczenia spełnia wszelkie parametry techniczne medyczne, a także posiada stosowne certyfikaty oraz deklaracje zgodności UE, zezwalające na jego stosowanie zgodnie z przepisami prawa polskiego.

**PRAWA I OBOWIĄZKI**

**§ 3**

1. Biorący zobowiązuje się używać przedmiot użyczenia w sposób odpowiadający jego przeznaczeniu i właściwościom.
2. Biorący nie może oddać przedmiotu użyczenia osobie trzeciej do używania bez zgody Użyczającego
3. Wyniki badań uzyskane przy wykorzystaniu przedmiotu użyczenia stanowić będą własność Biorącego i będą mogły być przekazywane Użyczającemu lub innym podmiotom tylko z zachowaniem przepisów określających zasady udostępniania dokumentacji medycznej osobom trzecim.

**ROZWIĄZANIE UMOWY**

**§ 4**

1. Umowa może być wcześniej rozwiązana:
2. Za tygodniowym wypowiedzeniem, prawo to przysługuje każdej ze stron.
3. W przypadku rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym, prawo to przysługuje każdej ze stron.
4. W sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy zgodnie z ust.1 niniejszego paragrafu, Biorący zobowiązuje się do wydania przedmiotu użyczenia Użyczającemu w stanie niepogorszonym.
5. Po zakończeniu umowy użyczenia Biorący zobowiązany jest wydać niezwłocznie Użyczającemu przedmiot użyczenia w stanie niepogorszonym.
6. Biorący nie jest odpowiedzialny za zużycie przedmiotu użyczenia będące następstwem zwykłego używania, a także za szkody powstałe wskutek działania sił wyższych.

**POSTANOWIENA KOŃCOWE**

**§ 5**

1. Integralną część umowy stanowią:

a) Protokół zdawczo-odbiorczy (zał. nr 1.)

b) Protokół z instalacji-montażu i szkolenia personelu (zał. nr 2)

2. Zawarcie niniejszej umowy nie powoduje powstania innego zobowiązania między Stronami, w szczególności nie tworzy jakiegokolwiek zobowiązania dla Biorącego w zakresie zakupu produktów użyczającego.

3. Wszelkie zmiany umowy mogą nastąpić jedynie za zgodą stron w formie pisemnej pod rygorem h jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każedej ającego,ania.go, jakości i sprawności.nieważności.

4. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie znajdą przepisy Kodeksu Cywilnego.

1. Sądem właściwym do rozstrzygnięcia ewentualnych sporów mogących wynikać z wykonania niniejszej umowy jest Sąd miejscowo właściwy dla Biorącego.
2. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, każdy na prawach oryginału, jeden dla Wykonawcy, a dwa dla Zamawiającego.

**BIORĄCY UŻYCZAJĄCY**

**WZÓR**

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO ODBIORCZY (dot. pomp infuzyjnych)**

**W dniu ...................................................... firma ………………………………………,**

**……………………………………………………………………………………………**

zgodnie z umową nr …………………………… ……………………………………..

dostarczyła do siedziby Zamawiającego tj. Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Aparat/urządzenie**  ……………………………………………………………………

**Producent aparatu:** ......................................................................................................................

**Rok produkcji aparatu:** ......................................r.

**Nr fabryczny**……………………………………………………………………………..

**UWAGI :**

**Wykonawca potwierdza , że przedmiot zamówienia publicznego posiada wszelkie atesty i certyfikaty poświadczające o dopuszczeniu produktu do sprzedaży na terenie Unii Europejskiej**

**Przedstawiciel firmy dokona instalacji i szkolenia personelu medycznego w ustalonym terminie.**

**Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Zamawiający a drugi Wykonawca.**

**Podpisy :**

**BIORĄCY UŻYCZAJĄCY**

**WZÓR**

**PROTOKÓŁ INSTALACJI I SZKOLENIA (dot. pomp infuzyjnych)**

**W dniu ...................................................... firma ………………………………………,**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

zgodnie z umową nr………………………. dokonała instalacji i szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonego aparatu w ………………………………………………………………………………………….

**(nazwa komórki organizacyjnej )**

Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Aparat/urządzenie**  ……………………………………………………………………

**w skład którego wchodzi (jeśli dotyczy):**

1…………………………………………………………………………………………..

2………………………………………………………………………………………….

3……………………………………………………………………………………………

**Producent aparatu/urządzenia** ................................................................................................

**Rok produkcji aparatu:** ..............r.

**Nr fabryczny**…………………………………………………………………

**Urządzenie zostało zainstalowane przez osobę upoważnioną , która przeprowadziła szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi w/w aparatu/urządzenia.**

**OSOBY PRZESZKOLONE:**

**1/………………………………………………………………………..**

**2/………………………………………………………………………..**

**3/………………………………………………………………………..**

**4/………………………………………………………………………..**

**5/………………………………………………………………………..**

**Wraz z instalacją aparatu/urządzenia dostarczono instrukcję w języku polskim i kartę gwarancyjną.**

**Wykonawca udziela gwarancji od dnia ………. na okres …………….miesięcy**

**Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Zamawiający a drugi Wykonawca.**

**BIORĄCY UŻYCZAJĄCY**