

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:115643-2011:TEXT:PL:HTML>

PL-Poznań: Środki przeciwnowotworowe

2011/S 71-115643

OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

Dostawy

SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA

I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15
Kontaktowy: Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
Do wiadomości: Maria Wielgus
61-866 Poznań
POLSKA
Tel. +48 228850911
E-mail: maria.wielgus@wco.pl
Faks +48 228850698

Adresy internetowe

Ogólny adres instytucji zamawiającej <http://www.wco.pl>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem: jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem: jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres: jak podano wyżej dla punktu kontaktowego

I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI

Podmiot prawa publicznego
Zdrowie
Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających Nie

SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

II.1) OPIS

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

Leki.

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostaw lub świadczenia usług

Dostawy
Główne miejsce realizacji dostawy Apteka.

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

Zamówienia publicznego

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)

Leki - 50 pakietów.

- II.1.6) **Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**
33652100, 33651200, 33651100, 33652000, 33661100, 33661200, 33610000, 33680000, 33141540, 33692510, 33600000, 33621100
- II.1.7) **Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)**
Nie
- II.1.8) **Podział na części**
Tak
oferty należy składać w odniesieniu do jednej lub więcej części
- II.1.9) **Dopuszcza się składanie ofert wariantowych**
Nie
- II.2) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA**
- II.2.1) **Całkowita wielkość lub zakres**
Leki - 50 pakietów.
- II.2.2) **Opcje**
Nie
- II.3) **CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia):

INFORMACJE NA TEMAT CZĘŚCI

CZĘŚĆ NR 1

NAZWA Pakiet 1 Leki

- 1) **KRÓTKI OPIS**
OXALIPLATIN 100mg, koncentrat, op=1szt. -2 500 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 2

NAZWA Pakiet 2 Leki

- 1) **KRÓTKI OPIS**
RECTANAL płyn do enemy (14g+5g)/100ml, op=1flakon 150ml; - 3 000op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)**
33600000
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 3

NAZWA Pakiet 3

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1.MYOCET 50mg inj iv, op=2szt., - 20 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 4

NAZWA Pakiet 4

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. CARBOPLATIN INJ IV roztwór 450mg/45ml, opak=1fiolka,- 1000 op;
2. CARBOPLATIN INJ IV roztwór 150mg/15ml, opak=1fiolka, -1000 op;
3. CARBOPLATIN INJ IV roztwór 50mg/5ml, opak=1fiolka, -1000 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 5

NAZWA Pakiet 5

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. ERBITUX 100mg/20ml inj iv, - 150op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 6

NAZWA Pakiet 6

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. BIODACYNA inj im iv 1000mg/4ml, op=1 fiolka 4ml, 200op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33651100

- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 7

NAZWA Pakiet 7

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. BICALUTAMIDE tabletki powl. 50mg, op=28tabl, - 1000op.
2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652000
3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 8

NAZWA pakiet 8

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. Barium sulfuricum zawiesina doustna 1000 mg/ml, op=200ml - 500 op.
2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33600000
3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 9

NAZWA Pakiet 9

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. Avastin 100mg/4ml, op=1filoka 4ml, - 100op.
2. Avastin 400mg/16ml, op=1filoka 16ml, - 50op.
2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 10

NAZWA Pakiet 10

1) **KRÓTKI OPIS**

1. TAROMENTIN inj iv 1200mg, op=1 fiolka, 20 000op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 11

NAZWA Pakiet 11

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ALOXI 0,250mcg/5ml inj iv, op=1 szt.- 200 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 12

NAZWA Pakiet 12

1) **KRÓTKI OPIS**

1. GEMCITABINUM 200mg inj iv, op=1 fiolka s. subst - 400op.

2. GEMCITABINUM inj iv 1000mg, op=1 fiolka s. subst - 1000op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33652100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 13

NAZWA Pakiet 13

1) **KRÓTKI OPIS**

1. GEMCITABINUM 200mg inj iv, op=1fiolka s. subst - 400op.

2. GEMCITABINUM inj iv 2000mg, op=1fiolka s. subst 1000op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33652100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 14

NAZWA Pakiet 14

1) **KRÓTKI OPIS**

1 MIVACRON 20mg/10ml inj iv, op=5amp 10ml - 500op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33661100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 15

NAZWA Pakiet 15

1) **KRÓTKI OPIS**

1. HELICOBACTER PYLORI (test ureazowy), opak=1 szt., -1500op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33680000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 16

NAZWA Pakiet 16

1) **KRÓTKI OPIS**

1. SANDOGLOBULIN P inj iC (liofilizat) 6000mg, op=1 fiolka 200ml, - 25op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33141540

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 17

NAZWA Pakiet 17

1) **KRÓTKI OPIS**

1. POLSEPTOL globulki dopochwowe 20mg jodu, opak.=5 globulek - 300 op.
2. POLSEPTOL maść 10mg jodu/g, opak.=1 op. 20g, op=1szt., 300 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 18

NAZWA Pakiet 18

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ACC inj.iv. lub dooskrzelowo 300mg/3ml, op=5amp/3ml -100op.
2. Altacet tabl.1000mg, op=6 tabl -100op.
3. Ketonal inj.100mg/2ml, op=10 amp/2ml -3000op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 19

NAZWA Pakiet 19

1) **KRÓTKI OPIS**

1. Adrenalina 0,1 % inj 1mg/1ml Op/10szt -200 op;
2. Atropinum sulfuricum inj 0,5 mg/1ml Op/10amp1ml -1000 op;
3. Clonazepamum tabl 2 mg Op/30szt -400 op;
4. Clonazepamum, inj 1mg/1ml Op/10amp/1ml -100 op;
5. Cloranxen tabl 10 mg Op/30 tabl -150 op;
6. Cloranxen tabl 5mg Op/30szt -300 op;
7. Digoxin (Digoxin BM) tabl o,1 mg Op/30tabl -100 op;
8. Digoxin inj 0,5mg/2ml Op/5amp/2ml -700 op;
9. Digoxin tabl 0,25 mg Op/30 szt -100 op;
10. Dormicum, tabl. Powl. 15 mg Op/100 szt -200 op;
11. Doxepin kaps 25 mg Op/30 szt -50 op;

12. Ephedrinum h/chl inj 25 mg/1ml Op/10amp1ml -60 op;
13. Levonor inj iv (roztwór) 1mg/ml Op/10amp/1ml -200 op;
14. Lithium carbonicum Tabl 250mg Op/60 szt -100 op;
15. Lorafen draż 1 mg Op/25 szt -200 op;
16. Lorafen draż 2,5 mg Op/25 szt -200 op;
17. Nitrazepam tabl 5 mg Op/20 tabl -1500 op;
18. Nitroglycerinum 0,5 tabl podjęzykowe 0,5mg Op/20szt -40 op;
19. Oxazepam tabl 10 mg Op/20 szt -200 op;
20. Polstygminum inj 0,5mg/1ml Op/10amp/1ml -1000 op;
21. Relanium inj 10mg/2ml Op/50amp/2ml -50 op;
22. Relanium tabl 2 mg Op/20 tabl -200 op;
23. Relanium tabl 5mg op/20 szt. -150 op;
24. Selofen kaps 5mg op=20kaps Op/20kaps -300 op;
25. Signopam tabl 10 mg Op/20szt -500 op;
26. Zolsana tabl powl 10mg,op=10tabl -300 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 20

NAZWA Pakiet 20

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ARTELAC 3,2 %, Krople do oczu, Opak=1 fiolka 10ml op=1 szt -50 op.;
2. Betaloc inj (roztwór), 1mg/ml., op=5 amp 5ml -100 op.;
3. Ebrantil 25 inj (roztwór) 5mg/ml, op=5 amp 5ml -200 op.;
4. FLOXAL maść do oczu 3mg/g opak=1 szt/ 1 tuba 3g, -50 op.;
5. Linomag, płyn na skórę op=1fl 70g, op=1 szt 70g 400 op.;
6. Nitrendypina tabl 10mg, op=30 tabl -50 op.;
7. Poltram retard tabl 100mg, op=30 tabl -100 op.;
8. POLTRAM 100mg/2ml, op=5 amp 180 op.;
9. Roxitron tabl 150mg, op=10 tabl - 150 op.;
10. TRUSOPT 20mg/ml, krople do oczu, opak=1 fiolka 5ml, op=1 szt. - 20 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 21

NAZWA Pakiet 21

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. VFEND inj iv 200mg, opak.=1 fiolka - 100 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651200
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 22

NAZWA Pakiet 22

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. BUPIVACAINUM hydrochloricum 0,5 % inj (roztwór) 5mg/ml, op=10fiol 10ml - 150 op.
2. DOBUTAMINAINJ IV 250mg (koncentrat), opak=5amp 5ml. - 30 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33600000
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 23

NAZWA Pakiet 23

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. MERONEM inj iv 1000mg, op=10 fiolek, -100 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 24

NAZWA Pakiet 24

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. Garamycin implant kolagenowy impregnowany siarczanem gentamycy-130mg, rozmiar 10x10x5cm, Op.=1 szt -150 op.
2. Garamycin Coillatamp EG implant kolagenowy impregnowany siarczanem gentamycy-130mg, rozmiar 5x5x5cm, Op.=1 szt -100 op.

- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**
CZĘŚĆ NR 25

NAZWA Pakiet 25

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. DAVERCIN 250mg, Tabl. Powl, opak=16 szt -60op.
2. ROVAMYCIN tabl., 1,5 mln j.m(500mg) opak=16 tabl - 40op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**
CZĘŚĆ NR 26

NAZWA Pakiet 26

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. Euthyrox N 50mcg, op=50 szt -10op.
2. Hemofer prolongatum draż retard 105mg FE++, op=30 tabl, - 250 op.
3. Kalipoz prolongatum retard opak.=30 szt.; -. 250 op.
4. Tritace 2,5mg tabl, op=28 szt. - 30 op.
5. Trombina 400 roztwór do stosowania miejscowego 400j.m., op=5amp - 20 op.
6. Vitaminum PP tabl 200mg, op=20 szt -50op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33680000
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**
CZĘŚĆ NR 27

NAZWA Pakiet 27

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. XELODA tabl.powl, 150mg, opak=60 tabl - 400 op.
2. XELODA tabl. powl 500mg opak=120 tabl. - 1000 op.

- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**
CZĘŚĆ NR 28

NAZWA Pakiet 28

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. VANCOMYCIN MIP 1000mg proszek do przygotowania roztworu inf dożylny i roztworu doustnego, opak=5fiolek - 60 op.
2. OSPAMOX 750mg tabl, opak=16 tabl - 20 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**
CZĘŚĆ NR 29

NAZWA Pakiet 29

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. DOXORUBICIN-EBEWE 100mg /50ml fiolka roztwór do infuzji, op=1 fiolka 50ml, op=1 szt., - 3000 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33600000
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 30

NAZWA Pakiet 30

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. BRAUNOVIDION 100mg/g, Maść, op=20g - 3000op.
2. BRAUNOVIDION 100mg/g, Maść, op=100g - 2000op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33600000
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 31

NAZWA Pakiet 31

1) **KRÓTKI OPIS**

1. THYROZOL 20, tabl. Powł 20mg, op=50 tabl, op=50 szt.- 20op.
2. X-PREP Płyn doustny, 40mg/15ml, op=75 ml, op=1 szt. 75ml - 200op.
3. Tamoxifen tabl 20mg, op=30 szt - 100 op.
4. LETROX 50 tabl 0,05mg, op=50 tabl - 100op.
5. Calcium 10 %inj (roztwór), 0,1375g/ml, op=10 amp/10ml - 200 op.
6. GLUCOSUM 20 % inj (roztwór), 200mg/ml, op=10 amp 10ml - 100op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 32

NAZWA Pakiet 32

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ULTIVA inj iv 1mg, op=5fiolatek - 300op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33661100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 33

NAZWA Pakiet 33

1) **KRÓTKI OPIS**

1. OSPEN 1 000 000j.m., Tabl. powlekane, op=12tabl, - 30op.
2. OSPEN 1 500 000j.m., Tabl. powlekane, op=12tabl - 30op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 34

NAZWA Pakiet 34

1) **KRÓTKI OPIS**

1. NUTRIDRINK Płyn odżywczy, 635 kJ/100ml, Smak neutralny op= 200ml, op=1 szt a 200ml - 1000op.
2. NUTRIDRINK Płyn odżywczy 635 kJ/100ml Smak truskawka op= 200ml, op=1 szt a 200ml -1000 op.
3. NUTRIDRINK Płyn odżywczy 635 kJ/100ml Smak waniliowy op= 200ml, op=1 szt a 200ml, -1000 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33692510

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 35

NAZWA Pakiet 35

1) **KRÓTKI OPIS**

1. RANIGAST tabl 150mg, op=60tabl - 100op.
2. Theophyllum 300mg/250ml roztwór izotoniczny do wlewów dożylnych, op=1fiolka - 1000op.
3. DEPAKINE 400mg inj iv op=4fiolki s subst+rozp op=1szt. -40op.
4. PANTOHEXAL 600mg tabl. o przedłużonym uwalnianiu, op=30szt. -20op.
5. ACIDUM FOLICUM 15mg Tabl. op=30tabl - 30op.
6. AMLODYPINA 10mg Tabl op=30szt. - 30op.
7. VICEBROL FORTE 10mg, op=30szt. - 100op.
8. CAVINTON FORTE 10mg, op=30szt. - 100op.
9. AMLONOR 10mg, Tabl. op=30szt. - 25op.
10. ANAFRANIL SR 75mg tabl powl retard op=20szt. -5op.
11. DOPEGYT 250mg Tabl., op=50szt. -2op.
12. GLIATILIN 0,4g kaps, op=14szt. - 10op.
13. GLIBETIC 4mg, Tabl. op=30szt. -5op.
14. GLOSAL aerozol, 25ml a 250dawk op=1szt. -20op.
15. OSPEN 1mln j m, Tabl powl op=12szt. -20op.
16. POLPRIL 10mg Tabl, op=28szt. -50op.
17. PRINIVIL 5mg, Tabl op=28szt. -5op.
18. PRITOR 0,04g, Tabl op=28szt. -5op.
19. PROSURAN 0,25g, Kaps. op=50szt. -5op.
20. PROXACIN 0,3 % 15mg/5ml, Krople do oczu, op=1szt. -5op.
21. SEVERENT (bezfreonowy) 0,025mg/dawkę, Aerozol wziewny op=1szt a 120dawk 20op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 36

NAZWA Pakiet 36

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ACIDUM BORICUM Substancja recepturowa, op=1000G- 20op.
2. AETHYLMORPHINIUM HYDROCHLORICUM Substancja recepturowa, op=5G -20op.
3. AMMONIUM BROMATUM Substancja recepturowa op=100G -1op.
4. BENZOCAINUM Substancja recepturowa, op=100G -10op.
5. BENZOCAINUM Substancja recepturowa, op=100G- 100op.
6. CODEINUM PHOSPORICUM Substancja recepturowa, op=10G -30op.
7. DETREOMYCINUM Substancja recepturowa, op=10G- 80op.
8. GLYCEROLUM 86 % (surowiec, substancja), 1000g, op=1000g - 100op.
9. HYDRARGYRUM AMIDOCHLORIDUM Surowiec, op=25g - 10op.
10. HYDRARGYRUM AMIDOCHLORIDUM Surowiec, op=25g -10op.
11. JODUM PURUM Substancja recepturowa, op=25G -2op.
12. KALIUM BROMATUM Substancja recepturowa, op=25G -6op.
13. KALIUM HYPERMANGANICUM Substancja recepturowa, op=5G -100op.
14. KALIUM JODATUM Substancja recepturowa, op=50G- 2op.
15. LANOLINUM ANHYDRICUM Substancja recepturowa op=500G -5op.
16. MAGNESIUM SULFURICUM Substancja recepturowa, op=100G -100op.
17. MORPHINUM HYDROCHLORICUM Substancja recepturowa, op=1G -30op.
18. NATR. BROMATUM Substancja recepturowa, op=50G -7op.
19. NEOMYCIUM Substancja recepturowa, op=10G- 150op.
20. NEOMYCIUM do przygotowania jałowego butelka szklana 600 000jm/1mg, op=10g - 80op.
21. NEOMYCIUM do przygotowania jałowego butelka szklana 600 000jm/1mg, op=5g - 50op.
22. OLEUM CACAO MASŁO KAKAOWE Substancja recepturowa op=100G - 10op.
23. PERHYDROL 30 % Substancja recepturowa, op=1000G -10op.
24. PYOCTAINA (GENCJANA,FIOLET) 1 % roztwór wodny opak=20ml, op=1 szt -200 op.
25. PYOCTAINA (GENCJANA,FIOLET) 2 % roztwór wodny, opak=20ml, op=1 szt -200 op.
26. PYOCTANINA Substancja recepturowa, op=25G- 2op.
27. RIVANOLUM Substancja recepturowa, op=50G- 6op.
28. WAZELINA BIAŁA Substancja recepturowa, op=1000G -50op.
29. WAZELINA ŻÓŁTA Substancja recepturowa, op=1000G -30op.
30. WODA UTLENIONA 3 %, op=1000g -20op.
31. WODA UTLENIONA 3 %, op=500g -30op.
32. Woda utleniona 3 % płyn po 100ml, op=100ml- 1000 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 37

NAZWA Pakiet 37

- 1) **KRÓTKI OPIS**

1. Strzykawka z solą fizjologiczną 0,9 %, sterylne wewnątrz 3ml, typu POSIFLUSH, Op.=1szt. -500op.;
2. Strzykawka z solą fizjologiczną 0,9 %, sterylne wewnątrz 5ml, typu POSIFLUSH, op=1szt. 01000op.;
3. Strzykawka z solą fizjologiczną 0,9 %, sterylne wewnątrz 10ml typu POSIFLUSH, op=1szt. -1000op.;

- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33680000

- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 38

NAZWA Pakiet 38

- 1) **KRÓTKI OPIS**

1. ENDOXAN draż 50mg, Op.=50szt.- 100 op.
2. ENDOXAN 200mg inj im/iv opakowanie= 1 fiołka Op.= 1 szt. -6000 op.
3. ENDOXAN 1000mg inj iv, opakowanie= 1 fiołka Op.= 1 szt. -6000 op.

- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 39

NAZWA Pakiet 39

- 1) **KRÓTKI OPIS**

1. DHC Continius 60mg tabl powl retard op=60szt - 50 op;
2. DHC Continius 90mg tabl powl retard op/60szt -20 op;
3. Dolcontral inj im/iv/sc (roztwór) 50mg/ml op=10amp2ml - 50 op;
4. MATRIFEN plastry 0, 05 µg/h mikrograma na godzinę op/ 5,0 plastrów po 20 cm² - 100 op;
5. MATRIFEN plastry 0,012 µg mikrograma na godzinę, op/ 5 plastrów po 5 cm² -100 op;
6. MATRIFEN plastry 0,025 µg/h mikrograma na godzinę, op/5 plastrów po 10 cm² -200 op;

7. MATRIFEN plastry 0,075 µg mikrograma na godzinę, op/ 5 plastrów po 30 cm² -20 op;
8. Fentanyl inj 0,05 mg/ml, op=50 amp/10 ml -200 op;
9. Fentanyl inj 0.05 mg/ml, op=50 amp/2 ml -200 op;
10. Morphini sulfas 0,1 % Spinal inj (roztwór), 2mg/2ml, op=10amp - 30 op;
11. Morphini sulfas 20mg/1ml inj op=10amp1ml - 250 op;
12. Morphini sulfas inj (roztwór) 10mg/1ml op=10amp 1ml - 1500 op;
13. DOLTARD tabl powl retard 30 mg do podania 2x dziennie, op=20 tabl -90 op;
14. DOLTARD tabl powl retard 10 mg do podania2x dziennie op=20 tabl -200 op;
15. DOLTARD tabl powl retard 60 mg, do podania 2x dziennie, op=60 tabl -20 op;
16. Sevredol tabl o przedłużonym uwalnianiu 20mg op=60tabl bez zamiennika, Op/60tabl -100 op;
17. OXYCONTIN tabl o przedłużonym uwalnianiu 20mg op=60tabl bez zamiennika Op/60tabl -10 op;
18. OXYCONTIN tabl o przedłużonym uwalnianiu 20mg op=60tabl bez zamiennika Op/60tabl -10 op;
19. OXYCONTIN tabl o przedłużonym uwalnianiu 20mg, op=60tabl bez zamiennika, Op/60tabl -10 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33661200

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 40

NAZWA Pakiet 40

1) **KRÓTKI OPIS**

1. ZARZIO 30mln j /0,5ml op=1amp/strzyk -400op.
2. ZARZIO 48mln j /0,5ml op=1amp/strzyk -400op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33651100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 41

NAZWA Pakiet 41

1) **KRÓTKI OPIS**

1. NEUPOGEN 30mln j m/0,5ml opak=1amp/strzyk 0,5ml -400 op.
2. NEUPOGEN 48mln j m/0,5ml opak=1amp/strzyk 0,5ml - 400 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 42

NAZWA Pakiet 42

1) **KRÓTKI OPIS**

1. TAVANIC 500mg (lewofloxacin), fiolka op=1szt. -100 op.

2. TAVANIC 50mg (lewofloxacin) tabletki op=7szt. -100 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33600000

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 43

NAZWA Pakiet 43

1) **KRÓTKI OPIS**

1 MAXIPIME inj im/iv (s. subst) 1000mg, op=1fiol. S. subst - 1000 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33651100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 44

NAZWA Pakiet 44

1) **KRÓTKI OPIS**

1. METHOTREXAT inj. 50mg/5ml opak/5,0amp. 5ml, op=5 amp -1400 op.

2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

33652100

3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 45

NAZWA Pakiet 45

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1 FLUOROURACIL 5000mg/100ml inj iv (roztwór) op. =flakon 100ml - 5000 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 46

NAZWA Pakiet 46

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. BLEOCIN (proszek do sporządzenia roztworów do wstrzykiwań) 15j w fiolce, op=1fiolka -1000 op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 47

NAZWA Pakiet 47

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. HYCAMTIN 1mg inj iv (koncentrat) op=5 fiolek -100op.
2. HYCAMTIN 4mg inj iv (koncentrat) op=5 fiolek -100op.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33652100
- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
- 4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**
Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)
- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 48

NAZWA Pakiet 48

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1 OMEPRAZOL 40mg inj iv op=1 fiolka — 2000 op. HELICID.
- 2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33610000

- 3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 49

NAZWA Pakiet 49

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1 FRAXODI inj sc. 15 200j. Anti-x, op=10ampstrzy. 0,8ml -10op.
2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33651100
3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

CZĘŚĆ NR 50

NAZWA Pakiet 50

- 1) **KRÓTKI OPIS**
1. Fraxiparyne 5700 (j. Anti-Xa) inj iv sc 0,6ml op=10amp/strzykawek 0,6ml, op=10szt -500op.:
2. Fraxiparyne 2850 (j. Anti-Xa) inj iv sc 0,3ml op=10amp/strzykawek0,3ml op=10szt -200op.;
3. Fraxiparyne 3800 (j. Anti-Xa) inj iv sc 0,4ml op=10amp/strzykawek0,4ml, op=10szt -500op.
2) **WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**
33621100
3) **WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**
4) **WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA**

Okres w miesiącach: 12 (od udzielenia zamówienia)

- 5) **INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM

III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje

Pakiet 1. -3 390,39 PLN; Pakiet 26. -115,74 PLN;
Pakiet 2. -245,37 PLN; Pakiet 27. -39 351,85 PLN;
Pakiet 3. -2 181,94 PLN; Pakiet 28. -316,48 PLN;
Pakiet 4. -2 652,78 PLN; Pakiet 29. -3 963,33 PLN;
Pakiet 5. -2 965,97 PLN; Pakiet 30. -2 548,61 PLN;
Pakiet 6. -44,56 PLN; Pakiet 31. -479,17 PLN;
Pakiet 7. 347,22 PLN; Pakiet 32. -680,56 PLN;
Pakiet 8. 136,81 PLN; Pakiet 33. -8,68 PLN;
Pakiet 9. -8 333,33 PLN; Pakiet 34. -277,78 PLN;

Pakiet 10. -1 689,81 PLN; Pakiet 35. -540,32 PLN;
Pakiet 11. -1 400,46 PLN; Pakiet 36. -1 157,41 PLN;
Pakiet 12. -9 125,00 PLN; Pakiet 37. -123,15 PLN;
Pakiet 13. -6 231,48 PLN; Pakiet 38. -5 787,04 PLN;
Pakiet 14. -1 666,67 PLN; Pakiet 39. -2 268,52 PLN;
Pakiet 15. -162,04 PLN; Pakiet 40. -3 333,33 PLN;
Pakiet 16. -566,25 PLN; Pakiet 41. -3 796,30 PLN;
Pakiet 17. -38,19 PLN; Pakiet 42. -335,65 PLN;
Pakiet 18. -494,51 PLN; Pakiet 43. -1 157,41 PLN;
Pakiet 19. -1 805,56 PLN; Pakiet 44. -752,31 PLN;
Pakiet 20. -1 527,78 PLN; Pakiet 45. -7 888,89 PLN;
Pakiet 21. -1 296,30 PLN; Pakiet 46. -1 898,15 PLN;
Pakiet 22. -120,37 PLN; Pakiet 47. -5 460,65 PLN;
Pakiet 23. -2 476,85 PLN; Pakiet 48. -243,06 PLN;
Pakiet 24. -1 220,02 PLN; Pakiet 49. -61,69 PLN;
Pakiet 25. -28,31 PLN; Pakiet 50. -2 268,52 PLN;

III.1.2) **Główne warunki finansowania i płatności i/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**
Termin płatności - 30 dni od daty złożenia faktury w siedzibie zamawiającego; forma płatności - przelew.

III.1.3) **Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie**

III.1.4) **Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia**
Nie

III.2) **WARUNKI UDZIAŁU**

III.2.1) **Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów: 1) oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia;

2) aktualnego odpisu z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenia w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy;

3) Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego oraz właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające odpowiednio, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub zaświadczeń, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert).

4) Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 4 – 8 ustawy Prawo zamówień publicznych (wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).

5) Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy Prawo zamówień publicznych (wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).

Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polski, zamiast dokumentów, o których mowa:

- 1). w pkt 3, 4, 5 - składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
 - a). nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,
 - b). nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organ,
 - c). nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie.

Dokumenty, o których mowa wyżej pod literą a) i c) mają być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Dokument, o którym mowa pod literą b), ma być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

- 2). w pkt 5 – składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia lub zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy. Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa wyżej w pkt 1) i 2) zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju pochodzenia osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania.

III.2.2) **Zdolność ekonomiczna i finansowa**

III.2.3) **Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

1. Koncesję, zezwolenie lub licencja, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania koncesji, zezwolenia lub licencji na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, w tym:
Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej/składu konsygnacyjnego,
Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wytwarzanie produktów leczniczych jeżeli wykonawca jest wytwórcą,
2. Wykaz wykonanych dostaw w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 1 zamówienie odpowiadającego swoim rodzajem i wartością zaoferowanej wartości oferty –wg wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do specyfikacji oraz załączenia dokumentów potwierdzających, że te dostawy lub usługi zostały wykonane należycie.

W przypadku składania oferty przez wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia, ww. warunek mogą spełnić łącznie.

III.2.4) **Zamówienia zastrzeżone**

Nie

III.3) **SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI**

III.3.1) **Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

III.3.2) **Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe osób odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) **RODZAJ PROCEDURY**

IV.1.1) **Rodzaj procedury**

Otwarta

- IV.1.2) **Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału**
- IV.1.3) **Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu**
- IV.2) **KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**
- IV.2.1) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Najniższa cena
- IV.2.2) **Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna**
Nie
- IV.3) **INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**
- IV.3.1) **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą**
54/2011
- IV.3.2) **Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**
Nie
- IV.3.3) **Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych**
Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów 18.5.2011 - 09:00
Dokumenty odpłatne Nie
- IV.3.4) **Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**
18.5.2011 - 09:00
- IV.3.5) **Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom**
- IV.3.6) **Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**
polski.
- IV.3.7) **Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą**
Okres w dniach 60 (od ustalonej daty składania ofert)
- IV.3.8) **Warunki otwarcia ofert**
Data: 18.5.2011 - 10:00
Miejsce
- Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18.5.2011 o godz. 10:00 w siedzibie Zamawiającego – Kantor, Rotunda, parter pokój nr 001.

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert Tak
Uczestnicy oraz inne osoby zainteresowane postępowaniem.

SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

- VI.1) **JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ**
Nie
- VI.2) **ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH**
Nie
- VI.3) **INFORMACJE DODATKOWE**
- VI.4) **PROCEDURY ODWOŁAWCZE**
- VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**
Urząd Zamówień Publicznych
ul. Postępu 17a

02-676 Warszawa
POLSKA
E-mail: odwolania@uzp.gov.pl
Tel. +48 224587801
Internet: <http://www.uzp.gov.pl>

VI.4.2) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań: Odwołanie wnosi: w terminie 10 dni od dniaprzesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia - jeżeli zostałyprzesłane w sposób określony w art. 27 ust.2, albo w terminie 15 dni - jeżeli zostały przesłane w inny sposób-w przypadku gdy wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych napodstawie art. 11 ust.8.

2. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu wnosi się, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybieprzetargu nieograniczonego, także wobec postanowień Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, wnosicie w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczeniaSpecyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na stronie internetowej - jeżeli wartość zamówienia jest równa lubprzekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust.8.

3. Odwołanie wobec czynności innych niż określone w art. 182 ust. 1 i 2 wnosi się: w przypadku zamówień,których wartość jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8- w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąćwiadaomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

VI.4.3) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Urząd Zamowień Publicznych
ul. Postępu 17a
02-676 Warszawa
POLSKA
E-mail: odwolania@uzp.gov.pl
Tel. +48 224587801
Internet: <http://www.uzp.gov.pl>

VI.5) **DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

7.4.2011