

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn**

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** [Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej](#)**Adres pocztowy:** [ul. Młyńska 2](#)**Miejscowość:** [Krotoszyn](#)**Kod pocztowy:** [63-700](#)**Kraj:** [Polska](#)**Punkt kontaktowy:****Tel.:** [+48 625880390](#)**Osoba do kontaktów:** [Joanna Raczyńska](#)**E-mail:** [spzoz-raczynska@wp.pl](mailto:spzoz-raczynska@wp.pl)**Faks:** [+48 625880394](#)**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.spzoz.krotoszyn.pl](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)

Adres profilu nabywcy (URL):

**Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
 inny: proszę wypełnić załącznik A.I

**Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
 inny: proszę wypełnić załącznik A.II

**Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego  
 inny: proszę wypełnić załącznik A.III

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne             |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny   | <input type="radio"/> Obrona                              |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej   | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny  | <input type="radio"/> Środowisko                          |
| <input checked="" type="radio"/> Podmiot prawa publicznego  | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe      |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa                            | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie                  |
| <input type="radio"/> Inne (proszę określić):   | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne     |
|   | <input type="radio"/> Ochrona socjalna                    |
|   | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia        |
|   | <input type="radio"/> Edukacja                            |
|   | <input type="radio"/> Inne (proszę określić):             |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak  nie

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

#### II.1) OPIS

##### II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

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

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

<input type="radio"/> <b>a) Roboty budowlane</b> <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input checked="" type="radio"/> <b>b) Dostawy</b> <input checked="" type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input type="radio"/> <b>c) Usługi</b> Kategoria usługi: nr (dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy Apteka szpitalna Zamawiającego, ul. Mickiewicza 20, 63-700 Krotoszyn Kod NUTS	Główne miejsce świadczenia usług

##### II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

- Zamówienia publicznego  
 Zawarcia umowy ramowej  
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

##### II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

##### Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

<b>Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między                      a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia):	

---

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn**

---

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

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn – pakiet nr 1-21. Oferty należy składać na wszystkie pozycje w pakiecie nr: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 21, oferty można składać na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie nr: 2, 4, 11, 15, 17, 19.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

### II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

tak  nie

### II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak  nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

### II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

tak  nie

## II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA

### II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
3 165 461,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

### II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
lub Zakres: między a		
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

## II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

## **Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

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

#### **III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

##### **III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)**

Składając oferty na pakiet nr 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 21, wadium należy złożyć na całość danego pakietu, natomiast składając oferty na poszczególne pozycje w pakietach nr 2, 4, 11, 15, 17, 19, wadium należy złożyć stosownie do danej pozycji, na którą składa się ofertę. Wymagane kwoty wadium na poszczególne pakiety i poszczególne pozycje podane są w Formularzu cenowym.

##### **III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**

Wykonawca zaakceptuje termin płatności do 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.

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

Konsorcjum lub spółka cywilna.

##### **III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, opis szczególnych warunków

-Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert równoważnych w pakietach zaznaczonych przez Zamawiającego.

-W przypadku jeżeli żądany przez Zamawiającego lek nie jest już produkowany a nie ma innego leku równoważnego, którym można by było go zastąpić, należy wycenić ten lek podając ostatnią cenę sprzedaży oraz uwagę o jego braku z uzasadnieniem.

-Zamawiający dopuszcza wycenę leku w opakowaniu innej wielkości niż żądana przez Zamawiającego z odpowiednim przeliczeniem ilości opakowań do dwóch miejsc po przecinku. Zaoferowaną i odpowiednio przeliczoną wielkość opakowania inną niż podana przez Zamawiającego należy przedstawić w dodatkowej kolumnie w Formularzu cenowym – zał. 2, bez dokonywania zmian w kolumnach „Jm.” i „Ilość” określonych przez Zamawiającego.

-Zamawiający, w pozycjach gdzie w SIWZ występują sztuki lub mg,fiol,amp., wyraża zgodę na podanie ceny jednostkowej netto z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, wartość netto, wartość brutto powinna być podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

-Zamawiający dopuszcza zmianę postaci proponowanych preparatów –tabletki na tabletki powlekane lub kapsułki lub drażetki i odwrotnie, fiołki na ampułki lub ampułko-strzykawkę i odwrotnie. Zaoferowaną postać leku należy podać w kolumnie „Przedmiot zamówienia” w Formularzu cenowym – zał. 2.

-Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

-Zamawiający zastrzega sobie możliwość żądania próbek w celu sprawdzenia zgodności zaoferowanego towaru z opisem przedmiotu zamówienia.

-Zamawiający wymaga dostaw towaru do Apteki szpitalnej Zamawiającego (ul. Mickiewicza 20) codziennie na podstawie składanych zamówień cząstkowych.

Zamawiający zastrzega sobie prawo zamówienia mniejszej ilości towaru w granicach do 20% w stosunku do wartości określonej w umowie. Obniżenie wartości zamówienia powyżej 20% może nastąpić tylko z przyczyn niezależnych od Zamawiającego, przez które rozumie się zmianę rodzaju i zakresu zakontraktowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych, obniżenie popytu na świadczenia zdrowotne, zmianę metodologii diagnostyki leczenia lub reorganizację zakładu.

#### **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:

O zamówienie mogą ubiegać się wykonawcy, którzy:

1. Spełniają warunki, dotyczące:

1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania; Wykonawca spełni warunek w sytuacji, kiedy wykaże, że jest uprawniony do obrotu lekami.

## **Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

2. Nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Pzp. 1. Na potwierdzenie spełnienia powyższych warunków wykonawcy muszą złożyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu z art. 22 ust. 1 oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. /Dz. U. z 2007 r., Nr 223,poz. 1655 oraz 2008, nr 171, poz. 1058/ - załącznik nr 3.
2. Aktualny odpis 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 – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenia w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp z wykorzystaniem wzoru – załącznik nr 3.
3. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawionych nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
4. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawionych nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
5. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
6. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
7. Zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, składu celnego lub konsygnacyjnego.

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

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
O zamówienie mogą ubiegać się wykonawcy, którzy:	(jeżeli dotyczy):
1. Spełniają warunki, dotyczące:	
4) sytuacji ekonomicznej i finansowej; Wykonawca spełni warunek w sytuacji, kiedy wykaże, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej związanej z przedmiotem zamówienia w wysokości co najmniej 500.000,00 zł brutto.	

### **III.2.3) Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
	(jeżeli dotyczy):

### **III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

---

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

---

**III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI****III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak  nie

**Jeżeli tak**, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

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

tak  nie



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### SEKCJA IV: PROCEDURA

#### IV.1) RODZAJ PROCEDURY

##### IV.1.1) Rodzaj procedury

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe</b>
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

##### IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba            a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

##### IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak  nie

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

#### IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

#### IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

### IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

#### IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)

RZP-V/1/04/11

#### IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak  nie

**Jeżeli tak**,

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

#### IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów Data: 05/04/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 15:00
Dokumenty odpłatne <input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak</b> , Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: Warunki i sposób płatności:

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 06/04/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

**IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)**

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**ES CS DA DE ET EL EN FR IT LV LT HU MT NL PL PT SK SL FI SV BG GA RO  
                     

inny:

**IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)**

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 06/04/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 11:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): SALA KONFERENCYJNA SPZOZ KROTOSZYN, POK. 2, UL. MŁYŃSKA 2, 63-700 KROTOSZYN

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak  nieROMAN GALEWSKI  
JOANNA RACZYŃSKA  
EMILIA KACZMAREK

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy) tak  nieJeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń: **LUTY 2012 R.****VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH** tak  nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

**VI.3) INFORMACJE DODATKOWE** (jeżeli dotyczy)**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE****VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa:	PREZES KRAJOWEJ IZBY ODWOŁAWCZEJ		
Adres pocztowy:	UL. POSTĘPU 17A		
Miejscowość:	WARSZAWA	Kod pocztowy:	02-676
Kraj:	Polska	Tel.:	+48 224587702
E-mail:	uzp@uzp.gov.pl	Faks:	+48 224587700
Adres internetowy (URL):			

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:			
Adres pocztowy:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Kraj:		Tel.:	
E-mail:		Faks:	
Adres internetowy (URL):			

**VI.4.2) Składanie odwołań** (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu lub zaniechania czynności, do której zamawiający był zobowiązany na podstawie ustawy. Terminy na wniesienie odwołania:

Odwołanie wnosi się w następujących terminach:

- 1) 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia – jeżeli zostały przesłane faksem lub drogą elektroniczną.
- 2) 15 dni jeżeli zostały w inny sposób niż okresy w pkt. 1.
- 3) Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu oraz wobec treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wnosi się w terminie 10 dni od daty publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich lub zamieszczenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej.
- 4) Odwołanie wobec innych czynności niż w/w wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

---

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

---

5) Jeżeli zamawiający nie przesłał wykonawcy zawiadomienia o wyborze oferty najkorzystniejszej – odwołanie wnosi się nie później niż w terminie 30 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.

6) Jeżeli zamawiający nie opublikował w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia odwołanie wnosi się nie później niż w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

Wniesienie odwołania:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

Odwołujący przesyła kopię odwołania zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Wykonawca może przekazać zamawiającemu kopię odwołania za pomocą faksu.

Odwołanie powinno zawierać następujące elementy składowe: — wskazanie czynności lub zaniechania czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, — zwięzłe przedstawienie zarzutów, — określenie żądania, — wskazanie okoliczności faktycznych i prawnych uzasadniających wniesienie odwołania. Odwołanie podlega rozpoznaniu, jeżeli nie zawiera braków formalnych oraz uiszczono wpis. Wpis uiszcza się najpóźniej do dnia upływu terminu do wniesienia odwołania, a dowód jego uiszczenia dołącza się do odwołania.

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

---

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

Oficjalna nazwa: [Departament Odwołań Urzędu Zamówień Publicznych](#)  
Adres pocztowy: [ul. Postępu 17a](#)  
Miejscowość: [Warszawa](#) Kod pocztowy: [02-676](#)  
Kraj: [Polska](#) Tel.: [+48 224587801](#)  
E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl) Faks: [+48 224587700](#)  
Adres internetowy (URL):

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

[24/02/2011](#) (dd/mm/rrrr)

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****ZAŁĄCZNIK A****DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****ZAŁĄCZNIK B (1)****INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA****CZĘŚĆ nr 1 NAZWA Lekii - ANTYBIOTYKI I CHEMIOTERAPEUTYKI****1) KRÓTKI OPIS**

- 1 Amoxicillinum + Acidum clavulanicum inj. 600mg fiol. szt. 600
- 2 Amikacinum 0,3% krople do oczu 5 ml op. 12
- 3 Azithromycinum inj. 500 mg fiol. szt. 50
- 4 Azithromycinum tabl. 500 mg szt. 10
- 5 Ampicillin + Sulbactam inj.750 mg fiol. szt. 100
- 6 Ampicillin + Sulbactam inj.1,5 g fiol. szt. 100
- 7 Ampicillin + Sulbactam inj.3 g fiol. szt. 100
- 8 Bioparox aerosol a 20 ml op. 20
- 9 Biseptol 480 tabl. a 20 tabl. op. 150
- 10 Biseptol 960 tabl. a 10 tabl. op. 100
- 11 Biseptol inj. 480 mg / 5 ml amp. a 10 op. 20
- 12 Biseptol zawiesina a 100 ml op. 12
- 13 Cefoperazonum + Sulbactamum inj. 1 g fiol. szt. 50
- 14 Cefoperazonum + Sulbactamum inj. 2 g fiol. szt. 50
- 15 Cefepimi dihydrochloridum inj. 1 g fiol. szt. 100
- 16 Clindamycinum C kaps. 300 mg a 16 op. 50
- 17 Cloxacillinum inj. 1,0 g fiol. szt. 1 200
- 18 Cloxacillinum inj. 500 mg fiol. szt. 600
- 19 Colistimethatum natrium inj.1 000 000 j.m. fiol. szt. 600
- 20 Detreomycyna maść 1% a 5,0 g op. 120
- 21 Detreomycyna maść 2% a 5,0 g op. 300
- 22 Doxycyclinum inj. 0,1 g / 5 ml fiol szt. 1 200
- 23 Erythromycinum 200 mg tabl. a 16 op. 120
- 24 Gentamicinum inj. doz. dom. 80 mg/2 ml amp.a 10 op. 400
- 25 Gentamicinum 0,3% a 5 ml krople do oczu op. 12
- 26 Gentamicinum 0,3% maść a 3,0 g op. 12
- 27 Garamycin gąbka 130mg 10x10x0,5cm op. 30
- 28 Lincomycinum kaps. 500 mg a 12 op. 30
- 29 Meropenemum inj. 500 mg fiol. szt. 60
- 30 Meropenemum inj. 1,0 g fiol. szt. 120
- 31 Metronidazolum tabl. 250 mg a 20 op. 20
- 32 Metronidazolum tabl. depochwowe 500 mg a 10 op. 10
- 33 Metronidazolum czopki 500 mg a 10 op. 10
- 34 Mupirocinum maść 2% op. 5
- 35 Neomycinum aerosol a 55 ml op. 200
- 36 Neomycinum 0,5% maść a 3,0 g op. 200
- 37 Netilmicinum inj. 25mg/ml fiol. 2 ml szt. 200
- 38 Netilmicinum inj. 200mg/2ml fiol. 2 ml szt. 200
- 39 Nystatinum tabl. dojelit. 500 000 j.m. a 16 op. 30
- 40 Nystatinum zawiesina 2 400 000 j.m. a 24 ml. op. 400
- 41 Nifuroxazidum zawiesina 4% a 90 ml op. 5
- 42 Nifuroxazidum tabl. 100 mg a 24 op. 240
- 43 Norfloxacinum tabl. 400 mg a 20 op. 60
- 44 Oxycort maść 3% a 10,0 g op. 200
- 45 Oxycort A maść a 3,0 g op. 30
- 46 Oxycort aerosol a 55 ml op. 50
- 47 Penicillinum crystall. inj. 3 000 000 j. m. fiol. szt. 1 200
- 48 Penicillinum crystall. inj. 1 000 000 j. m. fiol. szt. 240
- 49 Pipemidic acid tabl. 200 mg a 20 op. 10
- 50 Piperacillinum inj. 1,0 g fiol. szt. 60
- 51 Piperacillinum inj. 2,0 g fiol. szt. 30
- 52 Piperacillinum + Tazobactanum inj. 2,0 g + 0,5 g fiol. szt. 30
- 53 Roxithromycinum tabl . 50 mg a 10 op. 20
- 54 Roxithromycinum tabl . 100 mg a 10 op. 10



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

55 Roxithromycinum tabl. 150 mg a 10 op. 100

56 Roxithromycinum tabl.50 mg a 10 do przyg.zawiesiny op. 20

57 Spiramycinum tabl. 1 500 000 j. m. a 16 op. 10

58 Spiramycinum tabl. 3 000 000 j. m. a 10 op. 20

59 Ticarcillinum+Acidum clavulanicum inj. 1,5g + 0,1g fiol. szt. 50

UWAGA !!!

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 1085 zł

### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:

### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

### 5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (2)

#### INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

#### CZĘŚĆ nr 2 NAZWA **Leki - ANTYBIOTYKI I CHEMIOTERAPEUTYKI**

### 1) KRÓTKI OPIS

Wadium na poszczególne pozycje podane w ostatniej kolumnie.

- 1 Ampicillinum inj. 1 g fiol. szt. 1 500 0,00 0,00 0,00 50 zł
- 2 Amikacinum inj. 500 mg/ 2 ml fiol. szt. 1 200 0,00 0,00 0,00 62 zł
- 3 Amikacinum inj. 1 g / 4 ml fiol. szt. 2 000 0,00 0,00 0,00 181 zł
- 4 Amoxicillinum kaps. 500mg a 16 op. 200 0,00 0,00 0,00 12 zł
- 5 Amoxicillinum + Acidum clavulanicum inj. 1,2g fiol. szt. 14 000 0,00 0,00 0,00 648 zł
- 6 Amoxicillinum + Acidum clavulanicum tabl. 625mg a 21 op. 450 0,00 0,00 0,00 90 zł
- 7 Cefuroximum inj. 1,5 g fiol. \*\*\* szt. 14 000 0,00 0,00 0,00 601 zł
- 8 Cefuroximum inj. 500 mg fiol.\*\*\* szt. 1 200 0,00 0,00 0,00 27 zł
- 9 Cefotaximum inj. 1g fiol. szt. 5 000 0,00 0,00 0,00 111 zł
- 10 Ceftriaxonum inj. 1g fiol. szt. 1 000 0,00 0,00 0,00 28 zł
- 11 Cefamandole inj. 1 g fiol. szt. 4 000 0,00 0,00 0,00 356 zł
- 12 Cefazolinum inj. 1 g fiol. szt. 1 500 0,00 0,00 0,00 36 zł
- 13 Ceftazidium inj. 1,0g Monovial + 0,9% NaCl inj. a 50 ml fiol. szt. 1 000 0,00 0,00 0,00 144 zł
- 14 Clindamycinum C inj. 300 mg/2ml amp. a 5 op. 50 0,00 0,00 0,00 13 zł
- 15 Clindamycinum C inj. 600 mg/4ml fiol. a 5 op. 250 0,00 0,00 0,00 80 zł
- 16 Ciprofloxacinum tabl. 500 mg a 10 op. 240 0,00 0,00 0,00 18 zł
- 17 Ciprofloxacinum inj. 100 mg/10 ml amp. a 10 op. 1 200 0,00 0,00 0,00 264 zł
- 18 Ciprofloxacinum inj. 200 mg/100 ml roztwór do infuzji szt. 200 0,00 0,00 0,00 5 zł
- 19 Ciprofloxacinum inj. 400 mg/200 ml roztwór do infuzji szt. 200 0,00 0,00 0,00 8 zł
- 20 Doxycyclinum kaps. 0,1 g a 10 op. 240 0,00 0,00 0,00 9 zł
- 21 Erythromycinum inj. 0,3 g fiol. szt. 2 400 0,00 0,00 0,00 161 zł
- 22 Furaginum tabl. 50 mg a 30 op. 600 0,00 0,00 0,00 26 zł
- 23 Imipenem inj. 500 mg fiol szt. 1 500 0,00 0,00 0,00 938 zł
- 24 Lincomycinum inj. 600 mg a 10 amp. op. 240 0,00 0,00 0,00 59 zł
- 25 Metronidazolom 0,5% a 100 ml roztwór do infuzji szt. 7 000 0,00 0,00 0,00 326 zł
- 26 Pefloxacinum inj. 400mg/5ml a 10 amp. op. 20 0,00 0,00 0,00 5 zł
- 27 Pefloxacinum tabl. 400mg a 10 op. 20 0,00 0,00 0,00 6 zł
- 28 Teicoplaninum inj. 200 mg fiol. szt. 120 0,00 0,00 0,00 206 zł
- 29 Teicoplaninum inj. 400 mg fiol. szt. 200 0,00 0,00 0,00 686 zł
- 30 Vancomycinum inj. 1000 mg fiol. szt. 600 0,00 0,00 0,00 108 zł
- 31 Vancomycinum inj. 500 mg fiol. szt. 300 0,00 0,00 0,00 42 zł

UWAGA !!!

1. \*\*\* Bez ograniczeń wiekowych .
2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
3. Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	<i>lub</i> dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****ZAŁĄCZNIK B (3)****INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA****CZĘŚĆ nr 3 NAZWA Lek****1) KRÓTKI OPIS**

- 1 Acidum Acetylsalicylicum tabl. powl. 75 mg dojelitowe a 60 op. 450
- 2 Acidum Acetylsalicylicum tabl. powl. 150 mg dojelitowe a 60 op. 60
- 3 Acidum folicum tabl. 0,005 g a 30 op. 50
- 4 Acidum folicum tabl. 0,015 g a 30 op. 100
- 5 Acidum tranexamicum inj. 0,5 g / 5 ml amp. a 5 op. 120
- 6 Acenocoumarolum tabl. 0,004 g a 60 op. 24
- 7 Adenozinum inj. 3 mg/ml a 2ml fiol a 6 op. 12
- 8 Escinum 0,02 g tabl. powlekane a 30 op. 12
- 9 Allopurinolum tabl. 0,1 g a 50 op. 60
- 10 Alteplasmum inj. 50 mg a 50 ml fiol op. 6
- 11 Acebutololum tabl. 0,2g a 30 op. 10
- 12 Atropinum sulfuricum inj. 0,5 mg / 1 ml amp. a 10 op. 60
- 13 Atropinum sulfuricum inj. 1 mg / 1 ml amp. a 10 op. 300
- 14 Amlodipinum tabl. 5 mg a 30 op. 200
- 15 Amlodipinum tabl. 10 mg a 30 op. 120
- 16 Amiodaronum tabl. powl. 200 mg a 60 op. 12
- 17 Amiodaronum inj. 50 mg / 1 ml amp. a 5 op. 240
- 18 Bemecor tabl. 0,1 mg a 30 op. 12
- 19 Clopidogrelum tabl. powlekane 75 mg a 28 op. 12
- 20 Captoprilum tabl. 25 mg a 40 op. 24
- 21 Captoprilum tabl. 12,5 mg a 30 op. 60
- 22 Cilazaprilum tabl. powlekane 1 mg a 30 op. 60
- 23 Cilazaprilum tabl. powlekane 2,5 mg a 28 op. 60
- 24 Cilazaprilum tabl. powlekane 5 mg a 28 op. 60
- 25 Etamsylatum inj. 125 mg/ml amp. a 50 op. 60
- 26 Etamsylatum tabl. 250 mg a 30 op. 60
- 27 Cinnarizinum tabl. 25 mg a 50 op. 6
- 28 Calcii dobesilas tabl. 0,250 g a 30 op. 6
- 29 Digoxinum inj. 0,25 mg / ml amp. a 5 op. 240
- 30 Digoxinum tabl. 0,250 mcg a 30 op. 150
- 31 Dopaminum h/chloricum inj. 10 mg/ ml a 10 amp. 5 ml op. 2
- 32 Dopaminum h/chloricum inj. 40 mg/ml a 10 amp. op. 60
- 33 Doxazosinum tabl. 1mg a 30 op. 60
- 34 Doxazosinum tabl. 2mg a 30 op. 60
- 35 Diosminum tabl. powl. 600 mg a 30 op. 60
- 36 Inj. Adrenalini 0,1% 1mg / 1 ml a 10 amp. op. 120
- 37 Ebrantil inj. dożylny 25 mg / 5 ml a 5 amp. op. 120
- 38 Enalapriili maleas tabl. 5 mg a 30 op. 60
- 39 Enalapriili maleas tabl. 10 mg a 30 op. 60
- 40 Furosemid tabl. 0,04 g a 30 op. 800
- 41 Furosemid inj. 0,02 g / 2 ml a 50 amp. op. 300
- 42 Furosemid inj. 0,02 g / 2ml a 5 amp op. 120
- 43 Hydrochlorothiazidum tabl. 25 mg a 30 op. 60
- 44 Hydrochlorothiazidum tabl. 12,5 mg a 30 op. 120
- 45 Fibrolan maść a 25 g op. 150
- 46 Glyceroli trinitras inj. 0,01g / 5 ml amp. szt. 600
- 47 Glyceroli trinitras 0,4 mg / dawkę aerosol op. 20
- 48 Heparinum 25 000 j.m / 5 ml inj. dożylny a 10 fiol. op. 200
- 49 Heparinum krem a 20,0 g op. 300
- 50 Hemofer prolongatum tabl. a 30 op. 300
- 51 Hemofer krople a 10 ml op. 2
- 52 Isosorbidi mononitras tabl. 10 mg a 60 op. 12
- 53 Isosorbidi mononitras tabl. 20 mg a 50 op. 24
- 54 Isosorbidi mononitras tabl. 40 mg a 40 op. 12

## **Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 55 Isosorbidi mononitras tabl. retard 60 mg a 30 op. 12  
 56 Isosorbidi dinitras 1,25 mg / dawka aerosol op. 24  
 57 Kalii chloridum inj. 15% 20 ml a 10 amp. op. 240  
 58 Kalium effervescens b / cukru 3,0 pulvis saszetki a 20 op. 12  
 59 Lisinoprilum tabl. 5 mg a 28 op. 60  
 60 Lisinoprilum tabl. 10 mg a 28 op. 60  
 61 Lisinoprilum tabl. 20 mg a 28 op. 60  
 62 Metoprololum inj. 0,001g/ml a 5 amp. 5 ml op. 120  
 63 Methyldopum tabl. 250 mg a 50 op. 24  
 64 Molsidominum tabl. 0,004 g a 30 op. 24  
 65 Molsidominum tabl. 0,002 g a 30 op. 60  
 66 Nimodipinum tabl. 0,03 g a 100 op. 12  
 67 Nimodipinum inj. 0,2mg / ml a 50 ml op. 200  
 68 Nicergolinum tabl. 10 mg a 30 op. 60  
 69 Nicergolinum inj. 4 mg 4 ml a 5 fiol. op. 24  
 70 Quinaprilum tabl. powlekane 5 mg a 30 op. 30  
 71 Quinaprilum tabl. powlekane 10mg a 30 op. 30  
 72 Quinaprilum tabl. powlekane 20 mg a 30 op. 24  
 73 Piracetamum inj. 1 g / 5 ml a 12 amp. op. 60  
 74 Piracetamum inj. 12 g / 60 ml i.v. fiol. op. 1 200  
 75 Pentoxifyllinum tabl. powl. 100 mg a 60 op. 24  
 76 Pentoxifyllinum tabl. powl. 600 mg a 20 op. 60  
 77 Pentoxifyllinum inj. 0,3 g / 15 ml a 10 amp. op. 150  
 78 Propranololum tabl. 0,04 g a 50 op. 20  
 79 Propranololum tabl. 0,01 g a 50 op. 20  
 80 Propranololi h/chloridum inj. 1mg/ml a 10 amp. op. 12  
 81 Propafenoni hydrochloridum inj. 3,5mg/ml 20 ml a 5 amp. op. 60  
 82 Propafenoni hydrochloridum tabl. powlekane 300mg a 20 op. 30  
 83 Solcoseryl inj. 42,5 mg / ml amp. szt. 25  
 84 Solcoseryl 0,2 % maść a 20 g lub żel op. 2  
 85 Sotalolum hydrochloridum tabl. 40 mg a 60 op. 120  
 86 Spironolactonum tabl. 0.025 g a 100 op. 60  
 87 Spironolactonum tabl. 0,1 g a 20 op. 150  
 88 Streptokinasum inj. 1 500 000 j.m fiol. szt. 3  
 89 Tialorid tabl. 50 mg a 50 op. 100  
 90 Xantynoli nicotinas tabl. 150 mg a 30 op. 12  
 91 Xantynoli nicotinas tabl. 500 mg a 20 op. 12  
 92 Verapamilum h / chloridum tabl. 0,04 g a 40 op. 30  
 93 Verapamilum h / chloridum tabl. 0,08 g a 40 op. 150  
 94 Verapamilum h / chloridum inj. 0,005 g / 2 ml a 5 amp. op. 150  
 95 Venescin 0,5 mg draż. a 30 op. 150  
 96 Vinpocetinum inj. 10 mg / 2 ml a 10 amp. op. 500

UWAGA !!!

1. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
2. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 2024 zł

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

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33631400	
<b>Dodatkowe przedmioty</b>	33600000	

### **3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### Załącznik B (4)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

Część nr 4 NAZWA Lek

### 1) KRÓTKI OPIS

Wadium na poszczególne pozycje podane w ostatniej kolumnie.

- 1 Bisoprololum 5 mg tabl. powlekane szt. 7 200 0,00 0,00 0,00 12 zł
- 2 Bisoprololum 10 mg tabl. Powlekane szt. 7 200 0,00 0,00 0,00 19 zł
- 3 Carvedilolum tabl. 3,125 mg szt. 1 800 0,00 0,00 0,00 5 zł
- 4 Carvedilolum tabl. 6,25 mg szt. 3 600 0,00 0,00 0,00 6 zł
- 5 Carvedilolum tabl. 12,5 mg szt. 3 600 0,00 0,00 0,00 9 zł
- 6 Carvedilolum tabl. 25mg szt. 1 800 0,00 0,00 0,00 5 zł
- 7 Dobutaminum inj. 250 mg sucha substancja fiol. szt. 500 0,00 0,00 0,00 50 zł
- 8 Ferii hydroxidum dextranum inj. 50 mg/ml a 2 ml amp. szt. 1400 0,00 0,00 0,00 700 zł
- 9 Ferii hydroxidum saccharum inj. 50 mg/ml a 2 ml amp. szt. 1400 0,00 0,00 0,00 798 zł
- 10 Indapamidum tabl. powlekane 1,5 mg szt. 18 000 0,00 0,00 0,00 18 zł
- 11 Kalii chloridum tabl. o przedłużonym działaniu szt. 24 000 0,00 0,00 0,00 26 zł
- 12 Metoprololum tabl. 50 mg szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 10 zł
- 13 Perindoprilum argininum tabl. powlekane 5 mg szt. 7 200 0,00 0,00 0,00 10 zł
- 14 Piracetamum tabl. 0,8 g szt. 18 000 0,00 0,00 0,00 47 zł
- 15 Piracetamum tabl. 1,2 g szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 52 zł
- 16 Pentoxifyllinum tabl. powl. 400 mg szt. 10 000 0,00 0,00 0,00 43 zł
- 17 Ramiprilum tabl. 1,25mg szt. 1 500 0,00 0,00 0,00 3 zł
- 18 Ramiprilum tabl. 2,5mg szt. 5 600 0,00 0,00 0,00 2 zł
- 19 Ramiprilum tabl. 5mg szt. 5 600 0,00 0,00 0,00 2 zł
- 20 Ramiprilum tabl. 10mg szt. 5 600 0,00 0,00 0,00 2 zł
- 21 Simvastatinum tabl. powlekane 20 mg szt. 5 600 0,00 0,00 0,00 2 zł
- 22 Simvastatinum tabl. powlekane 40 mg szt. 2 800 0,00 0,00 0,00 1 zł
- 23 Trimetazidini dihydrochloridum tabl. 35 mg szt. 4 500 0,00 0,00 0,00 5 zł
- 24 Vinpocetinum tabl. 5 mg szt. 40 000 0,00 0,00 0,00 32 zł

UWAGA !!!

1. Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.
2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB Rozpoczęcie	(dd/mm/rrrr)	

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

Zakończenie

(dd/mm/rrrr)

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (5)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA Lek

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 GelitaSpon Standard, gąbka hemost. 80x50x10mm \* szt. 1 000

2 GelitaSpon Specjal, gąbka hemost. 80x50x1mm \* szt. 100

UWAGA !!!

1. \* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.

2. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

3. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 95 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (6)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA Lek

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Nadroparinum calcicum inj. 2 850 j.m. ampułkostrzykawka szt. 6 000
- 2 Nadroparinum calcicum inj. 5 700 j.m. ampułkostrzykawka szt. 16 000
- 3 Nadroparinum calcicum inj. 7 600 j.m. ampułkostrzykawka szt. 600
- 4 Fraxiparine Multi inj. 9500 j.m. Axa/1ml a 5ml fiolka szt. 600
- 5 Mini-Spike Plus V szt. 600
- 6 Strzykawka precyzyjna 1 ml kalibrowana co 0,01 ml z igłą 25 GA szt. 6 000

UWAGA !!!

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
  2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
- WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 2438 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
LUB Zakres: między                      a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (7)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 7 NAZWA Lek

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Enoxaparin sodium inj. 20 mg / 0,2 ml ampułkostrzykawka szt. 2 000
  - 2 Enoxaparin sodium inj. 40 mg / 0,4 ml ampułkostrzykawka szt. 14 000
  - 3 Enoxaparin sodium inj. 60 mg / 0,6 ml ampułkostrzykawka szt. 10 000
  - 4 Enoxaparin sodium inj. 80 mg / 0,8 ml ampułkostrzykawka szt. 200
- UWAGA !!!

- 1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
  - 2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
- WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 2394zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (8)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 8 NAZWA Lek

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Plavix tabletki 75 mg szt. 840

2 Plavix tabletki 300 mg szt. 500

UWAGA !!!

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 82 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (9)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 9 NAZWA Leki - Surgicel Hemostatyk

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Surgicel Hemostatyk 5 cm x 7,5 cm a 12 szt. \* op. 20

Uwaga !!!

1. \* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.

2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 90 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****ZAŁĄCZNIK B (10)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 10 NAZWA Lek****1) KRÓTKI OPIS**

- 1 Alugastrin zawiesina a 250 ml op. 30
- 2 Aspargin tabl. a 50 op. 50
- 3 Acidum ascorbicum draż. 200 mg a 60 op. 240
- 4 Acidum ascorbicum inj. 500 mg 5 ml a 10 amp. op. 1 000
- 5 Acidum ascorbicum krople a 40ml op. 5
- 6 Alprem pulvis a 400,0 g op. 10
- 7 Alax tabl. a 20 op. 600
- 8 Bisacodyl 0,01g czopki a 5 op. 600
- 9 Bebilon pepti 1 pulvis a 450,0 g op. 60
- 10 Bebilon pepti 2 pulvis a 450,0 g op. 60
- 11 Carbo medicinalis tabl. a 20 op. 200
- 12 Cholestil 200 mg tabl. a 50 op. 24
- 13 Citropepsin płyn a 180 ml op. 120
- 14 Cocarboxylasum inj. 50 mg/ 2 ml a 5 amp. op. 300
- 15 Debridat zawiesina doustna a 250 ml op. 60
- 16 Dimeticonum 50 mg a 100 kaps. . op. 60
- 17 Dimeticonum krople a 5,0 g op. 100
- 18 Fortrans 74 g torebki szt. 1 200
- 19 Famotidinum inj. 20 mg / 5 ml a 5 amp. op. 40
- 20 Hyoscini butylbromidum inj. 20 mg / 1 ml a 10 amp. op. 600
- 21 Hyoscini butylbromidum 10 mg draż.a 30 op. 12
- 22 Megestrolu acetat zawiesina doustna 40mg/ml a 240 ml op. 20
- 23 Metoclopramid 10 mg a 50 tabl op. 80
- 24 Metoclopramid inj. 10 mg / 2ml a 5amp. op. 1 200
- 25 Multivitaminum a 50 tabl. op. 60
- 26 Drotaverini h/chloricum tabl. 40 mg a 20 op. 200
- 27 Drotaverini h/chloricum tabl. 80 mg a 20 op. 50
- 28 Drotaverini h/chloricum inj. 20mg/ml amp. 2ml a 5 op. 120
- 29 Nutramigen pulvis a 425,0 g op. 60
- 30 Octreotidum inj. 0,1 mg / 1 ml a 5 amp. op. 25
- 31 Ornithinum 150 mg tabl.a 40 op. 300
- 32 Ornithinum inj. 500 mg / 1 ml 10 ml a 10 fiol.. op. 120
- 33 Pantoprazolum 20 mg tabl. a 28 op. 12
- 34 Pantoprazolum 40 mg tabl.a 28 op. 12
- 35 Papaverinum h/chloricum inj. 40 mg a 10 amp. op. 60
- 36 Peritol syrop a 100 ml op. 20
- 37 Polstigminum inj.0,5 mg / 1 ml a 10 amp. op. 500
- 38 Pyrantelum 250 mg a 3 tabl. op. 10
- 39 Pyrantelum zawiesina 50 mg / 1 ml a 15 ml op. 10
- 40 Ranitidinum inj. 0,05% a 100 ml op. 60
- 41 Ranitidinum 150 mg tabl. a 60 op. 24
- 42 Raphacholin 150 mg a 30 tabl. op. 60
- 43 Sylimarol 35 mg a 60 tabl. op. 120
- 44 Sulfasalazin 500 mg a 50 tabl. op. 60
- 45 Smecta 3,0 g a 30 saszetek op. 50
- 46 Spasmalgon inj. 5 ml a 10 amp. op. 60
- 47 Suppositoria Gliceroli 2,0 g a 10 czopki op. 120
- 48 Suppositoria Gliceroli 1,0 g a 10 czopki op. 120
- 49 Torecan 6,5 mg a 50 tabl. op. 24
- 50 Vitaminum A krople a 10 ml op. 5
- 51 Vitaminum E krople a 10 ml op. 5
- 52 Vitaminum D3 krople a 10 ml op. 20
- 53 Devisol 25 krople a 10 ml. op. 10
- 54 Vitaminum B comp. a 50 tabl. op. 150

## **Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 55 Vitaminum B1 forte inj. 25 mg/ 1ml a 10 amp. op. 400  
 56 Vitaminum B1 3 mg tabl.a 50 op. 5  
 57 Vitaminum B6 50 mg tabl.a 50 op. 12  
 58 Vitaminum B12 inj. 1 000 mcg a 5 amp. op. 150  
 59 Vitacon inj. 10 mg a 10 amp. op. 100  
 60 Vitacon 10 mg a 30 tabl. op. 24  
 61 Insulina Mixtard 30 HM Penfill 100 j.m./1ml 3 ml a 5 op. 60  
 62 Insulina Insulatard HM Penfill 100 j.m./1ml 3 ml a 5 op. 24  
 63 Insulina Actrapid HM Penfill 100 j.m /1ml 3 ml a 5 op. 60  
 64 Humulin M 3 ( 30/70 ) inj. 100 j.m. 3 ml a 5 op. 5  
 65 Gensulin inj.M40 inj.100j.m./ml 3 ml a 5 op. 20  
 66 Glucagon inj. 1 mg fiol. szt. 12  
 67 Glimepiridum tabl. 1mg a 30 op. 24  
 68 Glimepiridum tabl. 2mg a 30 op. 24  
 69 Glimepiridum tabl. 3mg a 30 op. 24  
 70 Glimepiridum tabl. 4mg a 30 op. 24  
 71 Metizol 5 mg tabl. a 50 op. 20  
 72 Euthyrox tabl. 25 mcg. a 100 op. 24  
 73 Euthyrox tabl. 50 mcg. a 100 op. 24  
 74 Euthyrox tabl. 75 mcg. a 100 op. 24  
 75 Euthyrox tabl 100 mcg. a 100 op. 24  
 76 Jodid tabl. 100 mcg a 100 op. 2  
 77 Lakcid inj. amp. a 10 op. 12  
 78 Lakcid forte inj. a 10 amp. op. 100  
 79 Glucosum inj. 20 % 10 ml a 10 amp. op. 120  
 80 Glucosum inj. 40 % 10 ml a 10 amp. op. 240  
**UWAGA !!!**

1. W pozycjach 2,6,7,18,43,61,62,63,64,65,72,73,74,75 zamawiający dopuszcza oferty równoważne.

2. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

3. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 1487 zł

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

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33631400	
<b>Dodatkowe przedmioty</b>	33600000	

### **3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

<i>Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>LUB Zakres: między</i>	<i>a</i>	Waluta:

### **4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	<i>lub</i> dniach:	(od udzielenia zamówienia)
---------------------	--------------------	----------------------------

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

LUB	(dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (11)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 11 NAZWA Leki

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Albumina inj. 20 % a 50 ml op. 200 0,00 0,00 0,00 190 zł
  - 2 Albumina inj. 20 % a 100 ml op. 200 0,00 0,00 0,00 362 zł
  - 3 Gliclazidum 30 mg tabl. szt. 6 000 0,00 0,00 0,00 19 zł
  - 4 Kreon 10 000 kaps. \*\*\* szt. 2 400 0,00 0,00 0,00 17 zł
  - 5 Kreon 25 000 kaps. \*\*\* szt. 2 400 0,00 0,00 0,00 35 zł
  - 6 Lacidofil kaps. \*\*\* szt. 24 000 0,00 0,00 0,00 146 zł
  - 7 Lactulosum syrop a150 ml / min. 100 ml - max. 250 ml / op. 800 0,00 0,00 0,00 44 zł
  - 8 Loperamidi h/chloridum 2 mg tabl. szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 20 zł
  - 9 Metformini hydrochloricum tabl. 500 mg szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 13 zł
  - 10 Metformini hydrochloricum tabl. 850 mg szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 14 zł
  - 11 Omeprazolom 20mg kaps. szt. 56 000 0,00 0,00 0,00 162 zł
  - 12 Omeprazolom inj. 40mg do wlewów dożylnych fiol. szt. 10 000 0,00 0,00 0,00 467 zł
  - 13 Pantoprazolom inj. 40 mg fiol. szt. 600 0,00 0,00 0,00 32 zł
  - 14 Rutinoscorbin tabl. \*\*\* szt. 15 000 0,00 0,00 0,00 8 zł
- Uwaga !

1. \*\*\* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.
2. Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.
3. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (12)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 12 NAZWA Leki

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Fentanylum inj. 0,1 mg / 2 ml amp. szt. 3 000
- 2 Fentanylum inj. 0,5 mg / 10 ml amp. szt. 1 200
- 3 Durogesic TTS 25 mcg / h plaster \* szt. 300
- 4 Durogesic TTS 50 mcg / h plaster \* szt. 600
- 5 Durogesic TTS 100 mcg / h plaster \* szt. 130
- 6 Ketaminum inj. 200 mg / 20 ml fiol. szt. 100
- 7 Ketaminum inj. 500 mg / 10 ml fiol. szt. 10
- 8 Morphinum sulfas inj. 10 mg / 1 ml amp. szt. 600
- 9 Morphinum sulfas inj. 20 mg / 1 ml amp. szt. 400
- 10 Morphinum sulfas 10 mg tabl. szt. 400
- 11 Morphinum sulfas 30 mg tabl. szt. 400
- 12 Morphinum sulfas 60 mg tabl. szt. 200
- 13 Morphinum sulfas 100 mg tabl. szt. 100
- 14 Morphinum sulfas 200 mg tabl. szt. 70
- 15 Pethidini hydrochloridum inj. 50 mg / 1 ml amp. szt. 1 800
- 16 Pethidini hydrochloridum inj. 100 mg / 2 ml amp. szt. 1 800
- 17 Pentazocinum inj. 30 mg / 1 ml amp. szt. 100

UWAGA !!!

1. \* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.
  2. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
  3. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
- WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 254 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (13)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 13 NAZWA Lekii

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Alprazolamum tabl. 0,5 mg a 30 op. 50
  - 2 Alprazolamum tabl. 1 mg a 30 op. 24
  - 3 Alprazolamum tabl.2 mg a 30 op. 6
  - 4 Clonazepamum tabl. 0,5 mg a 30 op. 30
  - 5 Clonazepamum tabl. 2 mg a 30 op. 60
  - 6 Clonazepamum inj. 1 mg / 1ml 10 amp op. 120
  - 7 Clorazepate dipotassium tabl.10 mg a 30 op. 24
  - 8 Clorazepate dipotassium tabl. 5 mg a 30 op. 24
  - 9 Bromazepamum tabl. 6 mg a 30 op. 12
  - 10 Bromazepamum tabl. 3 mg a 30 op. 24
  - 11 Diazepamum tabl. 5 mg a 20 op. 120
  - 12 Diazepamum inj. 10 mg 2 ml amp. a 50 op. 60
  - 13 Diazepamum wlewki doodbytnicze 10 mg /2,5 ml a 5 op. 6
  - 14 Diazepamum wlewki doodbytnicze 5 mg /2,5 ml a 5 op. 12
  - 15 Diazepamum zawiesina 2 mg / 5ml a 100 ml op. 3
  - 16 Ephedrinum h/chloricum inj.0,025g/1ml a 10 amp. op. 70
  - 17 Estazolamum tabl. 2 mg a 20 op. 120
  - 18 Lorafen 0,0025g a 25 tabl. op. 60
  - 19 Lorafen 0,001 g a 25 tabl. op. 60
  - 20 Luminalum czopki 0,015 g a 10 op. 12
  - 21 Luminalum 100 mg a 10 tabl. op. 6
  - 22 Luminalum 15 mg a 10 tabl. op. 6
  - 23 Nitrazepamum 0,005 g tabl.a 20 op. 12
  - 24 Oxazepamum 0,01 g tabl.a 20 op. 24
  - 25 Myolastan 50 mg a 20 tabl. op. 24
  - 26 Midazolamum inj. 0,05 g / 10 ml a 5 amp. op. 160
  - 27 Midazolamum inj. 5 mg / 5 ml a 10 amp. op. 150
  - 28 Midazolamum tabl. 0,0075 g a 10 op. 60
  - 29 Midazolamum tabl. 0,015 g a 100 op. 12
- UWAGA !!!

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
  2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
- WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 278 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	<i>lub</i> dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (14)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 14 NAZWA Leki

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Aethylum chloratum aerosol a 70,0 g op. 24
  - 2 Atracurii besilas inj. 10 mg/ml a 5 ml a 5 amp. op. 60
  - 3 Bupivacainum inj. 0,5% 10 ml a 10 amp. op. 24
  - 4 Bupivacaini h/chloridum /Spinal 0,5% Heavy/ a 5 amp op. 240
  - 5 Cisatracurium inj. 2 mg/1ml a 2,5 ml a 5 amp. op. 2
  - 6 Cisatracurium inj. 10 mg/5 ml a 5 amp. op. 2
  - 7 Chlorsuccillin inj. 200 mg a 10 fiol. op. 60
  - 8 Chlorpromazinum inj. doż. 0,05g / 2 ml a 10 amp. op. 40
  - 9 Chlorpromazinum inj. dom. 0,025g /5 ml a 5amp. op. 40
  - 10 Etomidatum inj. 0,02 g / 10 ml a 5amp . op. 80
  - 11 Isofluranum płyn wziewny a 100 ml op. 40
  - 12 Lignocainum h / chloricum inj. 1% 2 ml a 10 amp. op. 60
  - 13 Lignocainum h / chloricum inj. 2% 2 ml a 10 amp. op. 120
  - 14 Lignocainum h / chloricum inj. 2% 20 ml a 5 fiol. op. 240
  - 15 Lignocainum h / chloricum inj. 1% 20 ml a 5 fiol. op. 400
  - 16 Lignocainum h /chloricum 2% żel typ "A" a 30,0 g op. 500
  - 17 Lignocainum h/ chloricum 2% żel typ " U " a 30,0 g op. 600
  - 18 Lignocainum h/ chloricum 10% aerosol op. 40
  - 19 Levonor inj. 0,004 g / 4 ml a 5 amp. op. 120
  - 20 Naloxonum h/ chlor. inj. 0,0004 g / 1 ml a 10 amp. op. 120
  - 21 Pancuronium inj. 0,004 mg / 2 ml a 10 amp. op. 200
  - 22 Vecuronii bromidum inj. 0,004 g a 50 amp. op. 6
  - 23 Rocuronii bromidum inj. 10mg/ ml, 5 ml a 5 fiol. op. 240
  - 24 Rocuronii bromidum inj. 10mg / ml, 10ml a 5 fiol. op. 24
- UWAGA !!!

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
  2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.
- WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 974 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
---------------------	-------------	----------------------------

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

LUB	(dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (15)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 15 NAZWA Leki

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Propofolum inj. 10 mg / 1 ml a 20 ml a 5 fiol. op. 400 0,00 0,00 0,00 110 zł  
 2 Medisorb granulat lub inny pochłaniacz dwutlenku węgla \* op. 24 0,00 0,00 0,00 15 zł  
 3 Nitrogenium oxydatum a 7 kg szt. 24 0,00 0,00 0,00 31 zł  
 4 Thiopentalum inj. 500 mg fiol. szt. 1 800 0,00 0,00 0,00 48 zł  
 5 Thiopentalum inj. 1000 mg fiol. szt. 200 0,00 0,00 0,00 8 zł

UWAGA !!!

- \* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.
- Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.
- Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn****ZAŁĄCZNIK B (16)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 16 NAZWA Lek

**1) KRÓTKI OPIS**

- 1 Amantadinum 100 mg tabletki powlekane a 50 op. 24
- 2 Amantadinum 200 mg/500ml roztwór do infuzji a 500 ml szt. 200
- 3 Alcaine krople do oczu a 15 ml op. 24
- 4 Ambroxolum 15 mg/ 5ml a 120 ml syrop op. 60
- 5 Ambroxolum 30 mg/ 5ml a 120 ml syrop op. 40
- 6 Ambroxolum 7,5 mg/ml a 100 ml płyn do inhalacji z nebulizatora op. 12
- 7 Ambroxolum inj. 7,5 mg/ ml a 2 ml a 10 amp op. 5
- 8 Amitriptylinum tabl. 25 mg a 60 op. 60
- 9 Acidum acetylsalicylicum 300 mg tabletki a 20 op. 60
- 10 Aciclovirum tabletki powlekane 200 mg a 30 op. 6
- 11 Aciclovirum tabletki powlekane 400 mg a 30 op. 24
- 12 Alantan puder leczniczy a 100,0 g op. 6
- 13 Alantan maść a 30,0 g op. 1 000
- 14 Alantan - Plus maść a 30,0 g op. 240
- 15 Antotalgin płyn 10 g op. 24
- 16 Aqua pro inj. 10 ml a 100 amp. op. 60
- 17 Argosulfan 2% krem a 40,0 g op. 500
- 18 Argosulfan 2% krem a 400,0 g op. 240
- 19 Argentum nitricum subst. g 10
- 20 Aphtin płyn a 10,0 g op. 24
- 21 Artemisol płyn a 100 g op. 12
- 22 Atecortin krople do oczu i uszu a 5 ml zawiesina op. 240
- 23 Acodin 15 mg a 30 tabl. op. 24
- 24 Acodin 150 syrop a 100 ml . op. 6
- 25 ACCU - CHEK Aktive a 50 testów paskowych op. 240
- 26 ACCU - CHEC GO a 50 testów paskowych op. 24
- 27 Ascensia Entrust a 50 testów paskowych op. 10
- 28 Antytoksyna jadu żmij 500j.a fiolka szt. 5
- 29 Antytoksyna botulinowa ABE a 10ml fiolka szt. 1
- 30 Baclofen 25 mg a 50 tabl. op. 150
- 31 Benzinum lig. kg 120
- 32 Butapirazol a 30,0 g maść op. 200
- 33 Butapirazol 250 mg czopki doodbytnicze a 5 op. 6
- 34 Barii sulfas zawiesina a 200 ml op. 200
- 35 Bromhexinum 4 mg/5ml a 120 ml syrop op. 120
- 36 Bromhexinum 8 mg a 40 tabl. op. 120
- 37 Berodual płyn do inhalacji z nebulizatora a 20 ml op. 50
- 38 Berodual N aerosol wziewny poj. 200 dawek a 10 ml op. 12
- 39 Berotec N 100 aerosol wziewny a 10 ml / 200 dawek / op. 60
- 40 Budesonidum proszek do inhalacji 100 mcg/dawkę 200 dawek op. 60
- 41 Budesonidum proszek do inhalacji 200 mcg/dawkę 100 dawek op. 150
- 42 Budesonidum zawiesina do nebulizacji 0,25mg/ml 2ml a 20 op. 12
- 43 Budesonidum zawiesina do nebulizacji 0,5mg/ml 2ml a 20 op. 12
- 44 Buderhin aerosol do nosa poj. 10 ml / 200 dawek / op. 24
- 45 Betamethasonum inj. 4 mg / ml a 1 ml fiol. szt. 600
- 46 Betamethasonum inj. 7 mg / ml a 1 ml a 5 amp. op. 60
- 47 Carbamazepinum 200 mg tabl. a 50 o przedłużonym działaniu op. 30
- 48 Carbamazepinum 400 mg tabl.a 30 o przedłużonym działaniu op. 24
- 49 Clemastinum 1 mg / 10 ml a 100 ml syrop op. 24
- 50 Clemastinum 1 mg a 30 tabl. op. 120
- 51 Clemastinum inj. 1mg/ml 2 ml a 5 amp. op. 24
- 52 Calperos 1000 kapsułki a 100 op. 12
- 53 Calcii lactogluconas tabletki musujące a 12 op. 200
- 54 Calcium syrop a 150 ml op. 30



**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 55 Calcium gluconicum 500 mg a 50 tabl. op. 6
- 56 Calcii glubionas inj. 10% a 10 ml a 10 amp. op. 120
- 57 Calcium chloratum inj. 10% 10 ml a 10 amp op. 12
- 58 Calcii dobesilas 250 mg tabl. a 30 op. 6
- 59 Cetirizinum 10 mg tabl. a 20 op. 24
- 60 Cetirizinum 10 mg/ ml krople doustne a 20 ml. op. 12
- 61 Chlorprothixeni h/chloridum tabl. powlekane 15mg a 50 op. 24
- 62 Chlorprothixeni h/chloridum tabl. powlekane 50mg a 50 op. 24
- 63 Citalopramum 10 mg tabl. powlekane a 28 op. 120
- 64 Citalopramum 20 mg tabl. powlekane a 28 op. 120
- 65 Citalopramum 40 mg tabl. powlekane a 28 op. 60
- 66 Novoscabin płyn a 120 ml op. 50
- 67 Chlorchinaldin 2 mg tabletki do ssania a 20 op. 100
- 68 Clotrimazolum 10mg / g krem a 20,0g op. 200
- 69 Clotrimazolum 100 mg tabletki dopochwowe a 6 op. 200
- 70 Contour TS a 50 testow paskowych op. 12
- 71 Dentosept płyn a 100,0 ml op. 24
- 72 Desmopressinum inj. 4 mcg / ml a 10 amp. op. 6
- 73 Desmopressinum 0,1 mg tabl. a 30 op. 6
- 74 Desmopressinum 0,2 mg tabl. a 30 op. 3
- 75 Dexamethasonum inj. 4 mg / 1 ml a 10 amp. op. 240
- 76 Dexamethasonum inj. 8 mg / 2 ml a 10 amp. op. 600
- 77 Dexamethasonum 1 mg tabl.a 20 op. 60
- 78 Dexapocort aeroszol a 55 ml op. 2
- 80 Dexapocort N aeroszol a 30 ml op. 2
- 81 Doxepinum 10 mg tabl.a 30 op. 120
- 82 Doxepinum 25 mg tabl. a 30 op. 60
- 83 Depakine syrop a 150 ml op. 100
- 84 Depakine Chrono 300 tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 60
- 85 Depakine Chrono 500 tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 60
- 86 Diclofenacum 100 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60
- 87 Diclofenacum 50 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60
- 88 Diclofenacum inj. 75 mg/3ml amp.a 10 op. 60
- 89 Diclofenacum maść lub żel a 60,0 g op. 12
- 90 Diclofenacum 25 mg tabletki powlekane dojelitowe a 20 op. 12
- 91 Diclofenacum 50 mg tabletki powlekane dojelitowe a 50 op. 24
- 92 Diclofenacum 100 mg tabletki powlekane dojelitowe a 20 op. 24
- 93 Donepezilum 5 mg tabl. powlekane a 28 op. 24
- 94 Donepezilum 10 mg tabl. powlekane a 28 op. 20
- 95 Dydrogesteronum 10 mg tabl. a 20 op. 60
- 96 Encorton 5 mg tabl. a 100 op. 24
- 97 Enzaprost F inj. 5mg / ml a 1 ml a 5amp. op. 2
- 98 Flucinar maść a 15,0 g op. 240
- 99 Fenoterolum 5 mg tabl. a 100 op. 30
- 100 Fenoterolum inj. iv. 50 mcg / ml 10 ml a 15 amp. op. 10
- 101 Fenicort inj. 25 mg liofilizat a 10 fiol. op. 120
- 102 Fluconazolum inj. i.v. 2 mg/ ml a 100 ml op. 360
- 103 Fluconazolum kaps. 100 mg a 7 op. 12
- 104 Glipizidum 5 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 12
- 105 Glipizidum 10 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 12
- 106 Gynalgin tabletki dopochwowe a 10 op. 36
- 107 Glycerinum lig. kg 5
- 108 Glucosum pulvis kg 30
- 109 Haloperidolum krople a 100 ml op. 60
- 110 Haloperidolum inj. 5mg/ml a 10 amp. op. 24
- 111 Hemorectal czopki doodbytnicze a 10 op. 24
- 112 Heminevrin kaps. 300 mg a 100 op. 60
- 113 Corhydron inj. 100 mg a 5 fiol. + rozp. op. 3 000
- 114 Hydrocortisonum 10 mg /g krem a 15,0 g op. 500
- 115 Hydroxyzinum 10 mg tabl. a 30 op. 360

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 116 Hydroxyzinum 25 mg tabl. a 30 op. 360
- 117 Hydroxyzinum inj. 50 mg/ml 2 ml a 5 amp. op. 240
- 118 Hydroxyzinum syrop a 250 ml op. 24
- 119 Ixell a 50 pasków testów paskowych op. 12
- 120 Ibuprofenum 0,1 g/ 5ml zawiesina doustna 100,0 g op. 40
- 121 Ibuprofenum 200 mg tabletki a 60 op. 12
- 122 Ibuprofen czopki doodbytnicze 60 mg a 10 op. 36
- 123 Ibuprofenum czopki doodbytnicze 125 mg a 10 op. 36
- 124 Immunoglobulinum humanum anty HBS inj. 200 j.m. amp. szt. 12
- 125 Jodum pulvis g 10
- 126 Sandoglobulin P inj. 3 g fiol. szt. 6
- 127 Sandoglobulin P inj. 6 g fiol. szt. 6
- 128 Indometacinum 50mg/g. maść 30,0 g op. 120
- 129 Inisimum pranobexum 500 mg tabl. a 50 op. 2
- 130 Irujol Mono maść a 20,0 g op. 60
- 131 Kalium hypermanganicum 100 mg tabl. a 30 op. 24
- 132 Ketoprofenum 100 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 12
- 133 Ketoprofenum 2,5% żel a 60,0 g op. 24
- 134 Ketoconazolum 200 mg tabl. a 20 op. 200
- 135 Keto - Diastix a 50 testów paskowych op. 12
- 136 Kwas borny 3% roztwór a 1000 ml op. 200
- 137 Kwas borny 3% roztwór a 200 ml op. 600
- 138 Magnesium sulfuricum inj. 20% 2g/10ml a 10 amp. op. 120
- 139 Methylprednisolonum 4mg tabl.a 30 op. 60
- 140 Methylprednisolonum 16mg tabl.a 30 op. 30
- 141 Mova Nitrat Pipette krople do oczu pipetki a 50 op. 6
- 142 Maść ochronna z witaminą a a 25,0 g op. 30
- 143 Maść borna 10 % a 30,0 g op. 600
- 144 Maść ichtiolowa a 30,0 g op. 12
- 145 Maść tranowa a 20,0 g op. 100
- 146 Mefacit 250 mg a 30 tabl. op. 60
- 147 Misoprostololum 200 mg tabl.a 30 op. 6
- 148 Mydocalm 50 mg a 30 tabl. op. 50
- 149 Mydocalm 150 mg a 30 tabl. op. 50
- 150 Mydocalm inj. 100 mg/ 1ml a 5 amp. op. 5
- 151 0,9% NaCl inj. a 10 ml amp.a 100 op. 1 500
- 152 10% NaCl inj. a 10 ml amp.a 100 op. 30
- 153 Natrium bicarbonicum inj. 8,4% a 20 ml a 10 amp. op. 60
- 154 Naproxenum 250 mg tabl. a 50 op. 60
- 155 Naproxenum 500 mg tabl. a 20 op. 60
- 156 Galantamini h/bromidum inj. 2,5mg/ml a 10 amp. op. 24
- 157 Galantamini h/bromidum inj. 5mg/ml a 10 amp. op. 24
- 158 OneTouch Select a 50 testów paskowych op. 24
- 159 Optium Electrodes a 50 testów paskowych op. 12
- 160 Optium Xido a 50 testów paskowych op. 50
- 161 Orciprenalinum inj. 0,5 mg/ml 1ml a 10 amp. op. 12
- 162 Orciprenalinum inj. 0,5 mg/ml 10 ml a 5 amp. op. 12
- 163 Otinum krople do uszu a 10,0 g op. 36
- 164 Ovestin krem dopochwowy a 15,0 g op. 40
- 165 Ovestin 500 mg globulki dopochwowe a 15 op. 6
- 166 Oxytocinum inj. 5 j.m./ml a 10 amp. op. 200
- 167 Orfiril 150 mg tabletki dojelitowe a 100 op. 2
- 168 Orfiril 300 mg tabletki dojelitowe a 100 op. 2
- 169 Orfiril roztwór doustny 300mg/5ml a 250 ml op. 2
- 170 Ondansetronum 4 mg tabl. powlekane a 10 op. 6
- 171 Ondansetronum 8 mg tabl. powlekane a 10 op. 6
- 172 Ondansetronum 16 mg czopki a 2 op. 6
- 173 Oleum cacao g 500
- 174 Parafinum lig. kg 12
- 175 Parafinum sol. kg 30

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 176 Paracetamolum 500 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60  
177 Paracetamolum 250 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60  
178 Paracetamolum 125 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60  
180 Paracetamolum 50 mg czopki doodbytnicze a 10 op. 60  
181 Paracetamolum 120mg / 5ml a 100,0 ml op. 60  
182 Pasta cynkowa a 20,0 g op. 6  
183 PC 30 V płyn a 100 ml op. 500  
184 Perazinum 100 mg tabl. a 30 op. 24  
185 Perazinum 25 mg tabl. a 20 op. 24  
186 Pimafucin 2% krem a 30,0 g op. 2  
187 Pimafucort a 15,0 g krem lub maść op. 2  
188 Pigmentum Castellani płyn do stosowania na skórę a 50,0 g op. 5  
189 Phenazolinum inj. 50 mg / ml 2 ml a 10 amp. op. 60  
190 Povidonum iodinum 10 % płyn max. a 250 ml op. 100  
191 Povidonum iodinum 200 mg globulki dopochwowe a 14 op. 6  
192 Povidonum iodinum maść a 20,0 g op. 6  
193 Nakom mite 25mg/100mg a 100 tabl. op. 12  
194 Nakom 25mg/ 250mg a 100 tabl. op. 12  
195 Madopar 125 a 100 tabl. op. 12  
196 Madopar 250 a 100 tabl. op. 24  
197 Prepidil żel dopochwowy a 3,0 g op. 2  
198 Progesteronum 50 mg tabletki podjęzykowe a 30 op. 150  
199 Promazinum tabl. 25 mg a 60 op. 200  
200 Promazinum tabl. 50 mg a 60 op. 150  
201 Promazinum tabl. 100 mg a 60 op. 24  
202 Promethazinum 10 mg tabl. a 20 op. 12  
203 Promethazinum 25 mg tabl. a 20 op. 12  
204 Promethazinum 5 mg / 5 ml syrop a 150 ml op. 6  
205 Prostin VR inj. 500 mcg/ml a 1ml amp.a 5 op. 1  
206 Protaminum sulfuricum inj. 50 mg / 5 ml amp. szt. 2  
207 Pudroderm zawiesina do stosowania na skórę a 140,0 g op. 10  
208 Pyralginum inj. 0,5g / ml 5 ml a 5 amp. op. 2 500  
209 Pyralginum 500 mg a 10 tabl. op. 1 200  
210 Risperidonum tabl. powlekane 1mg a 20 op. 60  
211 Risperidonum tabl. powlekane 2mg a 20 op. 60  
212 Risperidonum tabl. powlekane 3mg a 20 op. 30  
213 Risperidonum tabl. powlekane 4mg a 20 op. 30  
214 Rivanolum 1 %0 płyn a 100 ml op. 600  
215 Rectanal roztwór do wlewów doodbytniczych a 150 ml op. 120  
216 Salbutamol inj. 0,5mg/1ml a 10 amp. op. 6  
217 Sudocrem krem a 250 g op. 60  
218 Sudocrem krem a 400 g op. 120  
219 Ventolin aerosol wziewny 100 mcg a 200 dawek op. 24  
220 Sal Ems a 12 tabl. op. 6  
221 Selegilinum 5 mg tabletki a 60 op. 36  
222 Selegilinum hydrochloridum 10 mg tabletki powlekane a 30 op. 12  
223 Solu Medrol inj. Iv. im. 40 mg liofilizat fiol. szt. 24  
224 Solu Medrol inj. iv. im. 500 mg liofilizat fiol. szt. 60  
225 Solu Medrol inj. iv. im. 1 000 mg liofilizat fiol. szt. 60  
226 Sensor Elektrodes a 50 testów paskowych op. 24  
227 SmartScan a 50 testów paskowych op. 12  
228 Sporal S a 40 krążków op. 2  
229 Steri - Neb Salamol 1 mg/ ml 2,5 ml a 20 amp. op. 12  
230 Steri - Neb Salamol 5 mg/ 2,5 ml a 20 amp. op. 24  
231 Silol 350 F aerosol 100ml op. 60  
232 Sulfacetamidum krople do oczu 100 mg/ ml a 12 minimsów op. 120  
233 Sertralinum tabl. powlekane 50 mg a 28 op. 100  
234 Saccharum lactis pulvis g 50  
235 Spirytus salicylowy lig. kg 5  
236 Talcum pulvis kg 5

## **Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

- 237 Tetabulin S / D inj 250 j.m./ml amp.strzykaw. szt. 600  
 238 Solutio Jodi Spirytuosum lig. kg 5  
 239 Spirytusowy roztwór fioletu gencjanowego 1% a 20ml op. 12  
 240 Spirytusowy roztwór fioletu gencjanowego 2% a 20ml op. 12  
 241 Wodny roztwór fioletu gencjanowego 1% a 20,0 g op. 24  
 242 Wodny roztwór fioletu gencjanowego 2% a 20,0 g op. 24  
 243 Spirytus vini 70 płyn kg 12  
 244 spirytus vini 96 płyn kg 12  
 245 Tamoxifenum 10 mg tabl.powlekane a 30 op. 6  
 246 Tegretol 20mg/ml 2% syrop a 100 ml op. 5  
 247 Tegretol CR 200 a 50 tabl.o zmodyfikowanym działaniu op. 5  
 248 Theospirex inj. 20 mg /ml a 5 amp. op. 24  
 249 Theophyllinum 100 mg tabl. o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 6  
 250 Theophyllinum 300 mg tabl. o przedłużonym uwalnianiu a 50 op. 60  
 251 Tormentiol maść a 20,0 g op. 900  
 252 Topiramatum 50 mg tabl.a 28 op. 2  
 253 Topiramatum 25 mg tabl.a 28 op. 2  
 254 Tramadolium inj. 50mg / 1ml 1ml a 5 amp. op. 600  
 255 Tramadolium inj. 50mg / 1ml 2ml a 5 amp. op. 1 000  
 256 Tramadolium 100mg / ml krople doustne a 10,0 ml op. 60  
 257 Tramadolium 50 mg tabl. a 20 op. 150  
 258 Tramadolium 100 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 120  
 259 Tramadolium 150 mg tabletki o przedłużonym uwalnianiu a 30 op. 60  
 260 Tropicamidum 1% krople do oczu a 2 x 5 ml op. 12  
 261 Tiapridum 100 mg tabl. a 20 op. 36  
 262 Urografin 76% inj. a 20 ml. fiol. op. 12  
 263 Urosept a 60 draż. op. 60  
 264 Woda utleniona a 100 ml op. 2 000  
 265 Woda utleniona a 1000 ml op. 120  
 266 Venlafaxinum kaps. 150 mg a 30 op. 60  
 267 Venlafaxinum kaps. 75 mg a 30 op. 100  
 268 Vagothyl płyn a 50 ml op. 20  
 269 Vermox 100 mg a 6 tabl. op. 2  
 270 Vaselinum album kg 20  
 271 Zopiclonum tabl. powlekane 7,5 mg a 20 op. 60  
 272 Flixotide 250 aerosol 0,25mg/dawkę poj.120 dawek op. 20  
 273 Flixotide 125 aerosol 0,125mg/dawkę poj.120 dawek op. 20  
 274 Xylometazolini h/chloridum 1 mg / ml a 10 ml krople do nosa op. 60  
 275 Xylometazolini h/chloridum 1 mg/g a 10,0 g żel do nosa op. 120  
**UWAGA !!!**

1. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.
2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 4837 zł

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

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33631400	
<b>Dodatkowe przedmioty</b>	33600000	

### **3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
--	---------

**Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn**

LUB Zakres: między

a

Waluta:

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

Okres w miesiącach:

lub dniach:

(od udzielenia zamówienia)

LUB

(dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie

(dd/mm/rrrr)

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (17)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 17 NAZWA Leki

#### 1) KRÓTKI OPIS

- 1 Acetylcysteinum 600 mg tabl. musujące szt. 1 200 0,00 0,00 0,00 18 zł
- 2 Acetylcysteinum inj. iv. 300 mg/ 3 ml amp. szt. 600 0,00 0,00 0,00 17 zł
- 3 Altacet 1,0g a 6 tabl. op 300 0,00 0,00 0,00 17 zł
- 4 Altacet a 75g żel op 400 0,00 0,00 0,00 29 zł
- 5 Formalinum 10% a 1kg op. 300 0,00 0,00 0,00 57 zł
- 6 Ketoprofenum 50 mg tabl szt. 9 600 0,00 0,00 0,00 14 zł
- 7 Ketoprofenum 100 mg tabl szt. 8 000 0,00 0,00 0,00 6 zł
- 8 Ketoprofenum inj. 100 mg/2ml amp. szt. 12 000 0,00 0,00 0,00 294 zł
- 9 Paracetamolum inj.10 mg/ml a 50 ml fiolki szt. 600 0,00 0,00 0,00 40 zł
- 10 Paracetamolum inj.10 mg/ml a 100 ml fiolki szt. 8 000 0,00 0,00 0,00 814 zł
- 11 Paracetamolum 500 mg tabl. szt. 8 000 0,00 0,00 0,00 8 zł
- 12 Spirytus skażony hibitanem 0,5% płyn a 1L op. 400 0,00 0,00 0,00 27 zł
- 13 Spirytus skażony hibitanem 0,5% płyn a 100 ml op. 5 000 0,00 0,00 0,00 104 zł

UWAGA !!!

1. Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.
2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (18)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 18 NAZWA Leki - Theophyllinum inj. a 250 ml

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Theophyllinum inj. iv. 300 mg a 250 ml op. 3 000

UWAGA !!!

1. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 126 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (19)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 19 NAZWA **Leki dla Stacji Dializ**

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Glikol metoksypolietylenowy epoetyny beta, w ampułkostrzykawkach, w dawkach zależnych od bieżącego zapotrzebowania zamawiającego. ug 43 200 0,00 0,00 0,00 3 396 zł

2 Erytropoetyna beta do podawania dożylnego i podskórnego w ampułkach gotowych do użycia w stężeniach produkowanych przez producenta w ilości zależnej od bieżącego zapotrzebowania. jedn. 3 120 000 0,00 0,00 0,00 1 217 zł

3 Solutio trisodium citrate 46,7%, roztwór do zabezpieczenia cewnika naczyniowego w ampułkach a 5 ml szt. 120 0,00 0,00 0,00 21 zł

UWAGA !!!

1. Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.

2. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty można złożyć na poszczególne pozycje w pakiecie lub na wszystkie pozycje w pakiecie.



## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZoz Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (20)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 20 NAZWA **Gaziki jałowe do dezynfekcji**

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Gazik jałowy nasączony alkoholem izopropylowym saszetka szt. 30 000

Uwaga!!!

1. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 58 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

## Dostawa leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn

### ZAŁĄCZNIK B (21)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 21 NAZWA Żel do znieczuleń powierzchniowych.

#### 1) KRÓTKI OPIS

1 Instillagel żel sterylny ampułkostrzykawka 6 ml \* szt. 800

2 Instillagel żel sterylny ampułkostrzykawka 11 ml \* szt. 400

UWAGA !!!

1. \* Zamawiający dopuszcza oferty równoważne.

2. Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.

3. Brak wypełnienia kolumny "Nazwa handlowa i producent" wymaganymi informacjami spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Pzp.

WADIUM NA CAŁOŚĆ PAKIETU WYNOSI: 101 zł

#### 2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33631400	
Dodatkowe przedmioty	33600000	

#### 3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):		Waluta:
LUB Zakres: między	a	Waluta:

#### 4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

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

Oferty należy złożyć na wszystkie pozycje w pakiecie.