



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

## WYJAŚNIENIE DO SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę leków, leków dla Stacji Dializ, gazików jałowych do dezynfekcji, żelu do znieczuleń powierzchniowych, GelitaSponu i Surgicellu dla SPZOZ Krotoszyn – pakiet nr 1-21

Nr sprawy: RZP-V/1/04 /11

Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych wyjaśnia siwz.

• **Pakiet nr 1**

1. Czy zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane w ramach **pakietu nr 1** były dopuszczone do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polski?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane w ramach pakietu nr 1 były dopuszczone do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polski.

2. Czy Zamawiający w **pakiecie nr 1 pozycje nr 29 i 30** (meropenemum) wymaga, aby preparat meropenemu, posiadała trwałość roztworu dłuższą jak 1 godzina po przygotowaniu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby preparat meropenemu, posiadała trwałość roztworu dłuższą jak 1 godzina po przygotowaniu.

3. Czy Zamawiający w **pakiecie nr 1 pozycje nr 29 i 30** (meropenemum) wymaga, aby preparat meropenemu posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania w posocznicy (sepsie)?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby preparat meropenemu posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania w posocznicy (sepsie).

4. Czy Zamawiający będzie wymagał zaoferowania przedmiotu zamówienia w **pakiecie nr 1 poz. 52** z zawartością edytynianu disodu EDTA w celu zapewnienia kompatybilności w trójniku do wlewów z mleczanowym roztworem Ringera i aminoglikozydami.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga zaoferowania przedmiotu zamówienia w pakiecie nr 1 poz. 52 z zawartością edytynianu disodu EDTA w celu zapewnienia kompatybilności w trójniku do wlewów z mleczanowym roztworem Ringera i aminoglikozydami.

5. Czy Zamawiający będzie wymagał rejestracji we wskazaniach leczenia posocznicy, zapalenia płuc, zakażeń w ginekologii oraz kości i stawów dla przedmiotu zamówienia zaoferowanego w **pakiecie nr 1 poz. 52**?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga rejestracji we wskazaniach leczenia posocznicy, zapalenia płuc, zakażeń w ginekologii oraz kości i stawów dla przedmiotu zamówienia zaoferowanego w pakiecie nr 1 poz. 52.

6. **Dotyczy pakietu 1 pozycja 27:**

Czy Zamawiający wyraża zgodę na wydzielenie z pakietu pozycji 27 Garamycin gąbki?



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na wydzielenie z pakietu pozycji 27.

**7. Dotyczy pakietu 1 pozycja 27:**

Czy zamawiający wymaga, aby gąbka kolagenowa j.w. nasączona antybiotykiem posiadała świadectwo dopuszczenia do obrotu przez Ministerstwo Zdrowia zgodnie z Ustawą Prawo Farmaceutyczne. (chodzi o to aby był to lek)?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga, aby gąbka kolagenowa j.w. nasączona antybiotykiem posiadała świadectwo dopuszczenia do obrotu przez Ministerstwo Zdrowia zgodnie z Ustawą Prawo Farmaceutyczne.

**8. Dotyczy pakietu 1 pozycja 27:**

Czy zamawiający dopuszcza przeliczenie ceny na 1cm<sup>2</sup> efektywnej powierzchni terapeutycznej – jeśli tak to prosimy o modyfikację formularza cenowego w taki sposób aby jednostką miary był cm<sup>2</sup>.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody, cenę należy przeliczyć zgodnie z zapisami SIWZ.

**9. Dotyczy pakietu 1 pozycja 27:**

Czy zamawiający wyklucza obecność antybiotyku w innej postaci niż siarczan (łatwo rozpuszczalny) w gąbce kolagenowej?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyklucza obecność antybiotyku w innej postaci niż siarczan (łatwo rozpuszczalny) w gąbce kolagenowej.

• **Pakiet nr 2**

**1.** Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w **pakiecie 2 pozycji 15** preparatu Clindamycinum inj. 600 mg/4ml w ampułkach?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pakiecie 2 pozycji 15 preparatu Clindamycinum inj. 600 mg/4ml w ampułkach.

**2.** Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w **pakiecie 2 pozycji 17** (Ciprofloxacinum inj. 100 mg/10 ml amp. a 10) produktu równoważnego w formie roztworu gotowego do podaży Ciprofloxacin Kabi 100mg rozpuszczony w 50ml 0,9%NaCl w bezpiecznym opakowaniu typu KabiPac?

Zastosowanie cyprofloksacyny w postaci roztworu gotowego do podaży podnosi bezpieczeństwo terapii i stanowi oszczędność dla szpitala, ponieważ nie wymaga użycia dodatkowego sprzętu i płynów infuzyjnych koniecznych do przygotowania leku w przypadku cyprofloksacyny w postaci koncentratu w ampułkach i fiolkach.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zaoferowanie w pakiecie 2 pozycji 17 powyższego produktu.

**3.** Czy Zamawiający w **pakiecie 2 w pozycji 18, 19** wymaga zaoferowania preparatu Ciprofloxacinum, zgodnie ze standardami Farmakopei Polskiej wyd.VIII,tom I w bezpiecznym opakowaniu z zabezpieczonym miejscem podłączenia zestawu do infuzji?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 2 w pozycji 18, 19 wymaga zaoferowania preparatu Ciprofloxacinum, zgodnie z ww. standardami.

**4.** Czy Zamawiający w **pakiecie 2 w pozycji 25** wymaga zaoferowania preparatu Metronidazolium 0,5% a 100 ml, zgodnie ze standardami Farmakopei Polskiej wyd.VIII,tom I w bezpiecznym opakowaniu z zabezpieczonym miejscem podłączenia zestawu do infuzji?



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 2 w pozycji 25 dopuszcza zaoferowanie preparatu Metronidazolium 0,5% a 100 ml, zgodnie z ww. standardami.

5. Czy Zamawiający w **pakiecie nr 2 poz. 23** wymaga aby preparat Imipenem + Cilastatinum inj posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania m.in. w posocznicy, zapaleniu wsierdza, zakażeniu kości i stawów?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie nr 2 poz. 23 wymaga aby preparat Imipenem + Cilastatinum inj posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania m.in. w posocznicy, zapaleniu wsierdza, zakażeniu kości i stawów.

6. Czy zamawiający wymaga, aby preparat w Załączniku nr 2, **Pakiet 2, Poz. 23**, posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania m.in. w: posocznicy, zapaleniu wsierdza, zakażeniu kości i stawów?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga, aby preparat w Załączniku nr 2, Pakiet 2, Poz. 23, posiadał zarejestrowane wskazanie do stosowania m.in. w: posocznicy, zapaleniu wsierdza, zakażeniu kości i stawów.

• **Pakiet nr 4**

1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatu w pakiecie 4 poz. 7 o nazwie handlowej Dobuject, 250mg/5ml, inj., konc. do p.wl., 5 amp? Umożliwi to złożenie atrakcyjniejszej oferty pod względem ekonomicznym.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na wycenę preparatu w pakiecie 4 poz. 7 o nazwie handlowej Dobuject, 250mg/5ml, inj., konc. do p.wl., 5 amp.

2. Czy Zamawiający w pakiecie nr 4 poz. 8 i 9 wyrazi zgodę na złożenie oferty na produkt równoważny o nazwie Ferinject w postaci karboksymaltozy żelazowej o dawce 50mg/ml - fiołka 2 ml?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na złożenie oferty na ww. produkt. Preparaty w poz. 8 i 9 pakietu nr 4 nie są produktami równoważnymi – inne substancje chemiczne).

• **Pakiet nr 10**

1. Czy w pakiecie 10 poz. 29 Zamawiający oczekuje wyceny preparatu Nutramigen 1 czy 2?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający oczekuje wyceny preparatu Nutramigen 1.

• **Pakiet nr 11 i 16**

1. Proszę o określenie stężenia preparatu w pakiecie 11 poz. 7 oraz w pakiecie 16 poz. 118, jaki należy wycenić.

**Odpowiedź:**

Pakiet nr 11 poz. 7 – Lactulosum syrop 7,5 g/15 ml  
Pakiet nr 16 poz. 118 – Hydroxyzinum syrop 10 mg/5ml

• **Pakiet nr 11**

1. Czy Zamawiający w pakiecie 11 poz. 12 (Omeprazolium inj.), oczekuje aby oferent wycenił inhibitor pompy protonowej, który nie posiada ograniczeń czasowych w stosowaniu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby oferent wycenił inhibitor pompy protonowej, który nie posiada ograniczeń czasowych w stosowaniu.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

2. Czy Zamawiający w pakiecie 11 poz. 12 (Omeprazolom inj.), wymaga aby inhibitor pompy protonowej posiadał dane kliniczne pozwalające określić bezpieczeństwo i skuteczność stosowania u dzieci?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby inhibitor pompy protonowej posiadał dane kliniczne pozwalające określić bezpieczeństwo i skuteczność stosowania u dzieci.

3. Czy Zamawiający w pakiecie 11 poz. 12 (Omeprazolom inj.), dopuszcza wycenę preparatu, który w trakcie stosowania może powodować utratę słuchu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza wycenę preparatu, który w trakcie stosowania może powodować utratę słuchu.

• **Pakiet nr 14**

1. Czy Zamawiający w pakiecie nr 14 pozycja nr 4 (Bupivacaini h/Chloridum /Spinal 0,5% Heavy/ a 5 amp) oczekuje aby oferent dostarczał Bupivacaine pakowaną w jałowe blistry, co w znacznym stopniu przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego podczas znieczulania?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby powyższy preparat pakowany był w jałowe blistry.

• **Pakiet nr 15**

1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pakiecie 15 pozycja 1 preparatu Propofolum 1% 10mg/ml w ampulkach 20 ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 15 pozycja 1 wyraża zgodę na zaoferowanie preparatu w ampulkach.

2. Czy w pakiecie 15 poz. 1 Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatu PROPOFOLUM 1% x 5 fioł zawierającego MCT/LCT? Umożliwi to złożenie oferty atrakcyjniejszej pod względem ekonomicznym.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w pakiecie 15 poz. 1 wycenę preparatu PROPOFOLUM 1% x 5 fioł zawierającego MCT/LCT.

• **Pakiet nr 16**

1. Dotyczy pakietu nr 16 poz. 66 Czy ze względu na zaprzestanie produkcji preparatu NOVOSCABIN PŁYN 30%, Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatu równoważnego Skin Protect 120 ml w ilości 50 opakowań.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w pakiecie 16 poz. 66 wycenę preparatu równoważnego Skin Protect 120 ml w ilości 50 opakowań.

2. Proszę o wydzielenie z pakietu 16 poz. 113 Corhydron inj. 100 mg a 5 fioł. + rozp. do odrębnego pakietu. Umożliwi to przystąpienie do przetargu większej ilości oferentów.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na wydzielenie z pakietu 16 poz. 113 Corhydron inj. 100 mg a 5 fioł. + rozp. do odrębnego pakietu.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

3. Dotyczy pakietu 16 poz. 190. Czy ze względu na zakończenie produkcji preparatu Povidonum iodatum 10 % płyn max. a 250 ml Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatu w opakowaniu 1000ml z odpowiednim przeliczeniem ilości opakowań.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w pakiecie 16 poz. 190 wycenę preparatu w opakowaniu 1000ml z odpowiednim przeliczeniem ilości opakowań.

4. Ze względu na koniec dopuszczenia do obrotu leku z pakietu 16 poz. 222 Selegilinum hydrochloridum 10 mg tabletki powlekane a 30, proszę o wykreślenie tej pozycji.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zgodnie z rozdziałem III pkt 5 SIWZ 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.

5. Proszę o informację, czy w pakiecie 16 poz. 234 Zamawiający oczekuje wyceny Lactosum monohydricum czy anhydricum?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 16 poz. 234 oczekuje wyceny Lactosum monohydricum lub Lactosum anhydricum.

6. Czy w pakiecie 16 poz. 147 Zamawiający miał na myśli Misoprostololum 200 mcg tabl.a 30, gdyż w takiej dawce preparat jest zarejestrowany.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 16 poz. 147 miał na myśli Misoprostololum 200 mcg tabl.a 30.

7. Dotyczy pakietu 16 poz. 29. Ze względu na występowanie na rynku Antytoksyny botulinowej ABE tylko w zestawie po 5 ampulek każdego typu, proszę o informację, czy w takim wypadku należy wycenić 1 opakowanie.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie 16 poz. 29 dopuszcza wycenę 1 opakowania a 5 amp. każdego typu.

**8. Pakiet 16:**

Poz. 163 Otinum – czy zamawiający dopuści do wyceny preparat Ototalgin, krople do uszu, 10g?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza do wyceny preparat Ototalgin, krople do uszu, 10g .

**9. Pakiet 16:**

Poz. 251 – Tormentiol - czy zamawiający dopuści do wyceny preparat Tormentile Forte, maść 20g?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza do wyceny preparat Tormentile Forte, maść 20g.

• **Pakiet nr 19**

1. Dotyczy pakietu 19 pozycja 2:

Czy Zamawiający wyraża zgodę na podanie ceny za 1 000 j.m.?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na podanie ceny za 1 000 j.m.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

• **Pakiet nr 20**

1. Dotyczy pakietu nr 20 poz. 1

Czy Zamawiający dopuści podanie ceny za opakowanie a'100szt. z odpowiednim przeliczeniem ilości?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza podanie ceny za opakowanie a'100szt. z odpowiednim przeliczeniem ilości.

2. Czy w pakiecie 20 Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatu równoważnego zarejestrowanego jako wyrób medyczny?

**Odpowiedź:**

**NIE** – zamawiający nie wyraża zgody na wycenę preparatu równoważnego zarejestrowanego jako wyrób medyczny. Zamawiający wymaga rejestracji jako produkt leczniczy.

• **Pakiet nr 21**

1. **Dotyczy pakietu nr 21 poz. 1**

Czy Zamawiający dopuści instillagel o pojemności 5ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza instillagel o pojemności 5ml.

2. **Dotyczy pakietu nr 21 poz. 2**

Czy Zamawiający dopuści instillagel o pojemności 10ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza instillagel o pojemności 10ml.

**OFERTY RÓWNOWAŻNE:**

1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wycenę preparatów równoważnych do podanych w opisie przedmiotu nazw handlowych w:

- pakiet 10 poz. 71
- pakiet 13 poz. 25
- pakiet 16 poz. 84, 85, 148, 163, 164, 167, 168, 246, 247, 251
- pakiet 17 poz. 4

Umożliwi to złożenie oferty atrakcyjniejszej pod względem ekonomicznym.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na wycenę preparatów równoważnych do podanych w opisie przedmiotu nazw handlowych w:

- pakiet 10 poz. 71
- pakiet 13 poz. 25
- pakiet 16 poz. 84, 85, 148, 163, 164, 167, 168, 246, 247, 251

**NIE**- Zamawiający nie wyraża zgody na wycenę preparatów równoważnych w:

- pakiet 17 poz. 4

2. Dotyczy wszystkich pakietów. W zadaniach składających się na opis przedmiotu zamówienia zamawiający wskazał nazwy oznaczonych rodzajów produktów leczniczych. Jednakże dla każdego z nich istnieją odpowiedniki zarejestrowane w Polsce dla tych samych wskazań, co produkty wskazane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, co oznacza, iż świetle ustawodawstwa dotyczącego leków spełniają te



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

#### **Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

same wymagania. Tym samym stanowią produkty w pełni równoważne, mogące być przedmiotem oferty równoważnej w rozumieniu art. 29 ust. 2 Prawa zamówień publicznych. Niestety w specyfikacji istotnych warunków zamówienia brak jednoznacznego zapisu w tej kwestii. Dlatego też mając na uwadze art. 29 ust. 2 Prawa zamówień publicznych prosimy o rozszerzenie opisu przedmiotu zamówienia o możliwość zaoferowania produktów równoważnych.

#### **Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający, dopuszcza oferty równoważne w:

**Pakiet nr 3** – poz. 18, 27, 37, 45, 50, 51, 83, 84, 89, 95.

**Pakiet nr 13** – poz. 17, 18, 19 25.

**Pakiet nr 16** – poz. 3, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 49, 52, 54, 55, 66, 67, 71, 84, 85, 96, 111, 126, 127, 130, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 186, 187, 197, 207, 208, 209, 215, 216, 219, 220, 223, 224, 225, 229, 230, 231, 246, 247, 251, 263.

#### **PYTANIA OGÓLNE**

##### **1. Dotyczy SIWZ, punkt VI.7**

Sklada przez nas w przedmiotowym postępowaniu oferta obejmować będzie asortyment, który zalicza się do produktów leczniczych i w związku z tym przepisy prawne nie nakładają na nas obowiązku posiadania zezwolenia na obrót wydane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Nie prowadzimy także działalności w formie hurtowni farmaceutycznej, składu celnego lub konsygnacyjnego. Oferowane przez nas produkty, zaliczane do wyrobów medycznych, [podlegają natomiast przepisom o wyrobach medycznych i jako takie są dopuszczone do obrotu na terenie Polski, ma co posiadamy wymagane prawem dokumenty. Czy zamawiający dopuści w tym zakresie oświadczenia Wykonawcy potwierdzającego powyższe, zamiast oświadczeń i dokumentów wymaganych zgodnie z SIWZ, punkt VI.7?

#### **Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza złożenie oświadczenia Wykonawcy potwierdzającego powyższe, zamiast oświadczeń i dokumentów wymaganych zgodnie z SIWZ, punkt VI.7.

2. Czy Zamawiający dopuści wycenę leku za opakowanie a nie za sztukę (zgodnie z Prawem Farmaceutycznym nie ma możliwości zakupu leku w innej formie niż dostępne na rynku opakowanie handlowe) w pozycjach gdzie w SIWZ występują sztuki lub mg?

#### **Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie dopuszcza wyceny leku za opakowanie, w miejscu gdzie występują sztuki. Zgodnie z rozdziałem III pkt 7 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.

#### **PYTANIA DO PROJEKTU UMOWY:**

##### **1. Czy zamawiający zgodzi się na wprowadzenie następujących modyfikacji?**

###### **§ 1**

3. 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 w trybie i na zasadach określonych w art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

###### **§ 2**

1. Przedmiot umowy określony w § 1 i w załączniku Nr ... zostanie dostarczony przez Wykonawcę na jego koszt i



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

staraniem do Apteki Szpitalnej, ul. Mickiewicza 20, do godz. 14:30.

2. Dostawy będą realizowane w terminie do 2 dni roboczych po uprzednim zgłoszeniu przez Zamawiającego żądanej ilości, uzależnionej od bieżącego zapotrzebowania. Jeżeli dostawa wypada w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy apteki szpitalnej, dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.

**§ 4**

2. W przypadku konieczności dokonania zamówienia brakującego towaru u innego Wykonawcy, pierwotny Wykonawca jest zobowiązany pokryć różnicę między ceną brakującego towaru zawartą w swojej ofercie a ceną tegoż towaru określoną przez innego Wykonawcę jeżeli brak realizacji danej dostawy ze strony Dostawcy jest nieuzasadniony z zawiniony przez niego.

**§ 7**

3. Termin płatności ustala się na 30 dni od daty wystawienia faktury. Z tym, że data wystawienia faktury za daną dostawę nie może być wcześniejsza niż dzień realizacji tej dostawy.

4. W przypadku opóźnienia w zapłacie faktury Zamawiający zapłaci Wykonawcy ustawowe odsetki za każdy dzień opóźnienia. Opóźnienia w zapłacie faktury przez Zamawiającego nie mogą stanowić podstawy do żądania zabezpieczenia zapłaty ceny.

6. Za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego Wykonawcy.

**§ 10**

1. (...):

b) zostanie wydany nakaz zajęcia majątku Wykonawcy mający bezpośredni wpływ na realizację przedmiotu niniejszej umowy,

**§ 12**

1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy strony zobowiązują się zapłacić sobie nawzajem tytułem odszkodowania kary umowne w następujących wypadkach i wysokościach:

2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu, na jego pisemne uzasadnione wezwanie, karę umowną w wysokości 0,1% wartości umownej danej dostawy brutto, za każdy nieuzasadniony dzień zwłoki w dostawie przedmiotu umowy.

3. Wykonawca może skutecznie uwolnić się od kary wskazanej w ust. 2 wykazując, że zwłoka w dostawie przedmiotu umowy była uzasadniona i niezawiniona przez Wykonawcę.

4. Niezasadne odstąpienie od umowy, jej wypowiedzenie lub rozwiązanie przez jedną ze stron lub z winy tej strony, będzie podstawą do żądania przez drugą stronę kary umownej w wysokości 5% wartości niezrealizowanej części umownej brutto, za wyjątkiem sytuacji gdy odstąpienie od umowy nastąpiło w trybie i na zasadach określonych w art. 145 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

**§ 14**

2. Ewentualne spory wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy, których nie udałoby się rozstrzygnąć Stronom ugodowo w terminie 14 dni liczonych od daty wezwania przez jedną ze stron drugiej do negocjacji, będzie rozstrzygał Sąd Powszechny właściwy dla siedziby powoda.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody na zamianę zapisów Projektu umowy z wyjątkiem § 2 ust. 2 Projektu umowy.

Zamawiający postanawia zmodyfikować zapis w § 2 ust. 2 Projektu umowy w następujący sposób: „Dostawy będą realizowane codziennie po uprzednim zgłoszeniu przez Zamawiającego żądanej ilości, uzależnionej od bieżącego zapotrzebowania. W przypadku leków z pakietu nr 15 poz. 3 dostawy będą realizowane w ciągu 2 dni roboczych po uprzednim zgłoszeniu przez Zamawiającego żądanej ilości, uzależnionej od bieżącego zapotrzebowania.

Jeżeli dostawa wypada w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy apteki szpitalnej dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.”





Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**2. Czy zamawiający zgodzi się na wykreślenie z Projektu Umowy?**

**§ 10**

1. (...):

- a) zostanie ogłoszona upadłość lub rozwiązanie firmy Wykonawcy,
- d) Zamawiający nie uzyska kontraktu z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych związanych z przedmiotem umowy.

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody na zamianę zapisów Projektu umowy w powyższym zakresie.

**3. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę w paragrafie 7 ustęp 3 zapisu: „otrzymania faktury przez Zamawiającego” na „wystawienia faktury”?**

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zmianę zapisów projektu umowy w paragrafie 7 ustęp 3.

**4. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zamianę w § 7 ust. 6 zapisu : „obciążenia” na „uznania”?**

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zmianę zapisów projektu umowy w paragrafie 7 ustęp 6.

**5. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę w paragrafie 12 ustęp 3 zapisu „wartości umownej przedmiotu umowy” na „wartości brutto niezrealizowanej części umowy”?**

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zmianę zapisów projektu umowy w paragrafie 12 ustęp 3.

**UWAGA!**

*Odpowiedzi na poniższe pytania zostaną udzielone w terminie późniejszym:*

**Pakiet nr 16 Poz. 25 i 26**

*Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wyłączenie z Części nr 16 wspomnianych pozycji 25 – „Accu-Chek Active a 50 testów paskowych” oraz pozycji 26 – „Accu-Chek Go a 50 testów paskowych” do odrębnego pakietu lub na składanie ofert częściowych na poszczególne pozycje w wymienionym pakiecie? Działanie takie umożliwi złożenie konkurencyjnej oferty cenowej na powyższy asortyment. W przypadku zgody na powyższe prosimy o określenie kwoty wadium , jaką należy zabezpieczyć składaną na wymienione pozycje ofertę.*

**Pakiet nr 16:**

*Czy Zamawiający dopuści oferowanie pasków do innych glukometrów niż wymienione, jeżeli Wykonawca zobowiąże się, że do oferowanych przez siebie pasków pozostawi Zamawiającemu odpowiednią ilość najnowocześniejszych obecnie glukometrów opartych na metodzie biosensorycznej, posługujących się enzymem GDH – NAD, przy czym cena glukometrów będzie zawarta w cenie pasków.*

*W przypadku zgody prosimy o określenie ilości potrzebnych glukometrów potrzebnych do każdego pakietu.*

**Pakiet nr 16:**

*Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie pasków testowych z pozycji nr: 25, 26, 70, 158, 159, 160, 226, 227 do oddzielnego pakietu.*



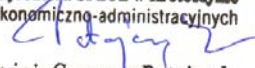
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**Jednocześnie Zamawiający na podstawie art. 12a Pzp przedłuża termin składania ofert na dzień 12.04.2011 r. do godz. 10:00. Otwarcie ofert nastąpi 12.04.2011 r. o godz. 11:00.**

Z poważaniem

Z-ca dyrektora SPZOZ w Krotoszynie  
ds. ekonomiczno-administracyjnych  
  
mgr inż. Grzegorz Ratajczyk

Krotoszyn, dnia 30.03.2011 r.