

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

Unia Europejska

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luxembourg 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: [Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie](#)Krajowy numer  
identyfikacyjny: *(jeżeli  
jest znany)*Adres pocztowy: [ul. Powstańców Wielkopolskich 2](#)Miejscowość: [Ciechanów](#)Kod pocztowy: [06-400](#)Państwo: [PL](#)

Punkt kontaktowy:

Tel.: [+48 236730511](#)Osoba do kontaktów: [Wiesław Babiżewski](#)E-mail: [zamowieniapubliczne@op.pl](mailto:zamowieniapubliczne@op.pl)Faks: [+48 236730274](#)**Adresy internetowe: (jeżeli dotyczy)**Ogólny adres instytucji zamawiającej/ podmiotu zamawiającego: *(URL)* [www.szpitalciechanow.com.pl](http://www.szpitalciechanow.com.pl)Adres profilu nabywcy: *(URL)*Dostęp elektroniczny do informacji: *(URL)*Elektroniczne składanie ofert i wniosków o dopuszczenie do udziału: *(URL)***Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

- Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)
- Inny: proszę wypełnić załącznik A.I

**Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz dynamicznego systemu zakupów) można uzyskać pod adresem:**

- Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)
- Inny: proszę wypełnić załącznik A.II

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

- Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)
- Inny: proszę wypełnić załącznik A.III

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ**

- Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne
- Agencja/urząd krajowy lub federalny
- Organ władzy regionalnej lub lokalnej
- Agencja/urząd regionalny lub lokalny
- Podmiot prawa publicznego
- Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa
- Inny: (proszę określić)

**I.3) GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- Ogólne usługi publiczne
- Obrona
- Porządek i bezpieczeństwo publiczne
- Środowisko
- Sprawy gospodarcze i finansowe
- Zdrowie
- Budownictwo i obiekty komunalne
- Ochrona socjalna
- Rekreacja, kultura i religia
- Edukacja
- Inny: (proszę określić)

**I.4) UDZIELENIE ZAMÓWIENIA W IMIENIU INNYCH INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCYCH**

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak    nie

*(jeżeli tak, więcej informacji o tych instytucjach zamawiających można podać w załączniku A.)*

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Sekcja II: Przedmiot zamówienia****II.1) Opis****II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

Dostawa leków do apteki szpitalnej

**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/podmiot zamawiający	<input checked="" type="radio"/> <b>(b) Dostawy</b> <input 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 usług: nr <i>(Zob. kategorie usług w załączniku C1)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy Apteka szpitalna Kod NUTS	Główne miejsce świadczenia usług

**II.1.3) Umowy ramowe**

- 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>albo (jeżeli dotyczy)liczba maksymalna uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

**Czas trwania umowy ramowej:**

Okres w latach:

albo w 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, proszę podać wyłącznie dane liczbowe)</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>albo</i> Zakres: między                    i	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone: <i>(jeżeli jest znany)</i> :	

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

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

Antybiotyki i niektóre bakteriostryki, Leki różne – Ampułki, Leki różne – tabletki, Leki narkotyczne, Leki psychotropowe, Leki różne – inne postaci leków, Leki anestetyczne, Substancje farmaceutyczne do receptury, Środki kontrastowe, Preparaty do wypełniania cewników HD

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

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

tak  nie

**II.1.8) To zamówienie podzielone jest na części (w celu podania szczegółów o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B tyle razy, ile jest części zamówienia)**

tak  nie

**jeżeli tak**, Oferty można 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, wznowienia i opcje, if applicable)**

jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe): 4000000.00	Waluta: PLN
albo Zakres: między i	Waluta:

**II.2.2) Informacje o opcjach (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**jeżeli tak**, Proszę podać opis takich opcji:

(jeżeli jest znany) Wstępny harmonogram wykorzystania tych opcji: w miesiącach: albo w dniach: (od udzielenia zamówienia)
--

**II.2.3) Informacje o wznowieniach (jeżeli dotyczy)**

Jest to zamówienie podlegające wznowieniu:

tak  nie

Liczba możliwych wznowień: (jeżeli jest znany) albo Zakres: między i (jeżeli jest znany) W przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień: w miesiącach: albo w dniach: (od udzielenia zamówienia)
---

**II.3) Czas trwania zamówienia lub termin realizacji**

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

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym****III.1) Warunki dotyczące zamówienia****III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje** (jeżeli dotyczy)

Pakiet:

- 1 - 7 000,00 PLN
- 2 - 1 800,00 PLN
- 3 - 500,00 PLN
- 4 - 12 000,00 PLN
- 5 - 1 800,00 PLN
- 6 - 100,00 PLN
- 7 - 2 000,00 PLN
- 8 - 600,00 PLN
- 9 - 900,00 PLN
- 10 - 4 000,00 PLN
- 11 - 1 600,00 PLN
- 12 - 50,00 PLN
- 13 - 800,00 PLN
- 14 - 3 000,00 PLN
- 15 - 1 600,00 PLN
- 16 - 500,00 PLN
- 17 - 800,00 PLN
- 18 - 900,00 PLN
- 19 - 160,00 PLN
- 20 - 50,00 PLN
- 21 - 500,00 PLN
- 22 - 1 200,00 PLN
- 23 - 50,00 PLN
- 24 - 1 300,00 PLN
- 25 - 60,00 PLN
- 26 - 1 500,00 PLN

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

Płatność w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury

**III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie** (jeżeli dotyczy)**III.1.4) Inne szczególne warunki to which the performance of the contract is subject** (jeżeli dotyczy)

jeżeli tak, Opis szczególnych warunków

**III.2) Warunki udziału****III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania; zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony jeżeli wykonawca wykaże się posiadaniem zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia; zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony jeżeli wykonawca wykaże, że zrealizował lub realizuje min. 2 dostawy odpowiadające swoim rodzajem i wartością, dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia.

1) Ocena spełnienia warunków wymaganych od Wykonawców zostanie dokonana wg formuły "spełnia – nie spełnia" w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w cz. V niniejszej SIWZ.

2) Zamawiający uważał będzie te warunki za spełnione wtedy, gdy Wykonawca wykaże ich treścią, że je spełnia.

## Dostawa leków do apteki szpitalnej

V.2.1. w zakresie posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;  
 zezwolenie na prowadzenie obrotu produktami leczniczymi zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. nr 45 poz. 271 z późn. zm.).

oświadczenie, czy wykonawca spełnia wymagania art. 22 ust.1 ustawy, Prawo zamówień publicznych – zał. nr 3 do siwz

V.2.2. w zakresie posiadania wiedzy i doświadczenia;  
 wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw lub usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie; oświadczenie, czy wykonawca spełnia wymagania art. 22 ust.1 ustawy, Prawo zamówień publicznych – zał. nr 3 do siwz

### III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
1) Ocena spełnienia warunków wymaganych od Wykonawców zostanie dokonana wg formuły "spełnia – nie spełnia" w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w cz. V niniejszej SIWZ.zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony jeżeli wykonawca złoży w tej sprawie oświadczenie.	(jeżeli dotyczy):

### III.2.3) Kwalifikacje techniczne

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony jeżeli wykonawca wykaże, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej. Minimalna wysokość ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej 100 000,00 PLN.	(jeżeli dotyczy):

### III.2.4) Informacje o zamówieniach zastrzeżonych (jeżeli dotyczy)

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**III.3) Specyficzne warunki dotyczące zamówień na usługi****III.3.1) Informacje dotyczące 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 osób odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

tak  nie

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****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	Niektórzy kandydaci zostali już zakwalifikowani (w stosownych przypadkach w ramach niektórych rodzajów procedur negocjacyjnych) <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <b>jeżeli tak, należy podać nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców w sekcji VI.3 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
albo Przewidywana minimalna liczba i , jeżeli dotyczy, liczba maksymalna
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

**IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA****IV.2.1) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA (proszę zaznaczyć właściwe pole (pola))**

Najniższa cena

albo

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 specyfikacjach, 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.	

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****IV.2.2) INFORMACJE NA TEMAT AUKCJI ELEKTRONICZNEJ**

Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak  nie

*(jeżeli tak, jeżeli dotyczy)* Proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej:

**IV.3) Informacje administracyjne**

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

128/PN/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) (w przypadku dialogu konkurencyjnego)*

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów
Data: 02/01/2012 (dd/mm/rrrr) Godzina:
Dokumenty odpłatne
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie
<b>jeżeli tak,</b> Podać cenę <i>(proszę podać wyłącznie dane Waluta: liczbowe):</i>
Warunki i sposób płatności:

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 03/01/2012 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

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

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

- Dowolny język urzędowy UE
- Język urzędowy (języki urzędowe) UE:  
PL
- Inny:

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

Do: (dd/mm/rrrr)

albo Okres w miesiącach: albo w dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 03/01/2012 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:30

Miejscowość (jeżeli dotyczy):

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

- tak  nie

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**Sekcja VI: Informacje uzupełniające****VI.1) Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia** *(jeżeli dotyczy)* tak  nie**jeżeli tak,**

Przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

XI.2012 r.

**VI.2) Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej** tak  nie**jeżeli tak,**

Podać odniesienie do projektu (projektów) i/lub programu (programów):

**VI.3) Informacje dodatkowe** *(jeżeli dotyczy)***VI.4) Procedury odwoławcze****VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Państwo:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Państwo:

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:

1. Środki ochrony prawnej określone w niniejszym dziale przysługują wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy.

2. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub

zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.

## Dostawa leków do apteki szpitalnej

---

- 3.Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
- 4.Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, zwanej dalej Izbą, w formie pisemnej albo elektronicznej, opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.
- 5.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. Domniemywa się, iż zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia za pomocą jednego ze sposobów określonych w art. 27 ust. 2 Ustawy, w następującym brzmieniu „Jeżeli zamawiający lub wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faksem lub drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania”
- 6.Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia - jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 27 ust. 2, albo w terminie 15 dni - jeżeli zostały przesłane w inny sposób.
- 7.Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, także wobec postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej.
- 8.Odwołanie wobec czynności innych niż określone w pkt. 6 i 7 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;
- 9.W przypadku wniesienia odwołania wobec treści ogłoszenia o zamówieniu lub postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia zamawiający może przedłużyć termin składania ofert lub termin składania wniosków.
- 10.W przypadku wniesienia odwołania po upływie terminu składania ofert bieg terminu związania ofertą ulega zawieszeniu do czasu ogłoszenia przez Izbę orzeczenia.
- 11.Zamawiający przesyła niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni od dnia otrzymania, kopię odwołania innym wykonawcom uczestniczącym w postępowaniu o udzielenie zamówienia, a jeżeli odwołanie dotyczy treści ogłoszenia o zamówieniu lub postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, zamieszcza ją również na stronie internetowej, na której jest zamieszczone ogłoszenie o zamówieniu lub jest udostępniana specyfikacja, wzywając wykonawców do przystąpienia do postępowania odwoławczego.
- 12.Wykonawca może zgłosić przystąpienie do postępowania odwoławczego w terminie 3 dni od dnia otrzymania kopii odwołania, wskazując stronę, do której przystępuje, i interes w uzyskaniu rozstrzygnięcia na korzyść strony, do której przystępuje. Zgłoszenie przystąpienia doręcza się Prezesowi Izby w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu, a jego kopię przesyła się zamawiającemu oraz wykonawcy wnoszącemu odwołanie.
- 13.Wykonawcy, którzy przystąpili do postępowania odwoławczego, stają się uczestnikami postępowania odwoławczego, jeżeli mają interes w tym, aby odwołanie zostało rozstrzygnięte na korzyść jednej ze stron.
- 14.Zamawiający lub odwołujący może zgłosić opozycję przeciw przystąpieniu innego wykonawcy nie później niż do czasu otwarcia rozprawy. Izba uwzględni opozycję, jeżeli zgłaszający opozycję uprawdopodobni, że wykonawca nie ma interesu w uzyskaniu rozstrzygnięcia na korzyść strony, do której przystąpił; w przeciwnym razie Izba oddala opozycję. Postanowienie o uwzględnieniu albo oddaleniu opozycji Izba może wydać na posiedzeniu niejawnym. Na postanowienie o uwzględnieniu albo oddaleniu opozycji nie przysługuje skarga.
- 15.Odwołujący oraz wykonawca wezwany zgodnie z pkt11 nie mogą następnie korzystać ze środków ochrony prawnej wobec czynności zamawiającego wykonanych zgodnie z wyrokiem Izby lub sądu albo na podstawie art. 186 ust. 2 i 3 Ustawy.
- 16.Do postępowania odwoławczego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego o sądzie polubownym (arbitrażowym), jeżeli Ustawa nie stanowi inaczej.
- 17.Na orzeczenie Izby stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
- 18.W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego o apelacji, jeżeli przepisy niniejszego rozdziału nie stanowią inaczej.

19.Środki ochrony prawnej w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego reguluje Dział VI Ustawy (art. 179-198g).

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

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

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Państwo:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.5) Data wysłania niniejszego ogłoszenia:***18/11/2011 (dd/mm/rrrr)*

**Dostawa leków do apteki szpitalnej**

---

**Załącznik A***Dodatkowe adresy i punkty kontaktowe*

Oficjalna nazwa:

Krajowy numer  
identyfikacyjny: *(jeżeli  
jest znany)*

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Państwo:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: *(URL)*

Oficjalna nazwa:

Krajowy numer  
identyfikacyjny: *(jeżeli  
jest znany)*

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Państwo:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: *(URL)*

Oficjalna nazwa:

Krajowy numer  
identyfikacyjny: *(jeżeli  
jest znany)*

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Państwo:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: *(URL)*



**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (2)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **2** Nazwa **Meropenem****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (3)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **3** Nazwa **Fluconazol****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy</i> , Szacunkowa wartość bez VAT ( <i>proszę podać wyłącznie dane liczbowe</i> ):		Waluta:
<i>albo</i> Zakres: między	i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (4)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **4** Nazwa **Leki różne - ampułki****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (5)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **5** Nazwa **Paracetamol****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (6)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **6** Nazwa **Mikstat****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (7)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **7** Nazwa **Leki różne - tabletki****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (8)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **8** Nazwa **Leki narkotyczne****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (9)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **9** Nazwa **Leki psychotropowe****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (10)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **10** Nazwa **Leki różne - inne postaci leków****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (11)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **11** Nazwa **Leki anestezyjologiczne****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (12)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **12** Nazwa **Propofol****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (13)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **13** Nazwa **Sevofluran****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (14)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr 14 Nazwa **Abciximab****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy</i> , Szacunkowa wartość bez VAT ( <i>proszę podać wyłącznie dane liczbowe</i> ):	Waluta:
<i>albo</i> Zakres: między                      i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (15)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr 15 Nazwa **Epifibrate****1) Krótki opis****Epifibrate****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (16)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **16** Nazwa **Desuflurane****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (17)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **17** Nazwa **Immunoglobulina i antytrombina****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (18)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **18** Nazwa **Substancje farmaceutyczne do receptury****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (19)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **19** Nazwa **Clopidogrel****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (20)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **20** Nazwa **Glidazyde, Indapamide i inne****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (21)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **21** Nazwa **Ferrum****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy</i> , Szacunkowa wartość bez VAT ( <i>proszę podać wyłącznie dane liczbowe</i> ):		Waluta:
<i>albo</i> Zakres: między	i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (22)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **22** Nazwa **Środki diagnostyczne****1) Krótki opis**

Jomeprolum

**2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) Wielkość lub zakres**

jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
albo Zakres: między                      i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (23)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **23** Nazwa **Środki diagnostyczne****1) Krótki opis**

Johexolum

**2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):</i>		Waluta:
<i>albo Zakres: między</i>	<i>i</i>	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**



**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (25)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **25** Nazwa **Środki diagnostyczne****1) Krótki opis**

Jodixanolinum

**2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	

**3) Wielkość lub zakres**

jeżeli dotyczy, Szacunkowa wartość bez VAT (proszę podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
albo Zakres: między                      i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**

**Dostawa leków do apteki szpitalnej****Załącznik B (26)**

Informacje o częściach zamówienia

Część nr **26** Nazwa **Ranibizumab****1) Krótki opis****2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

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

**3) Wielkość lub zakres**

<i>jeżeli dotyczy</i> , Szacunkowa wartość bez VAT ( <i>proszę podać wyłącznie dane liczbowe</i> ):		Waluta:
<i>albo</i> Zakres: między	i	Waluta:

**4) Informacje o różnych datach dotyczących czasu trwania lub rozpoczęcia/realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)**

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

**5) Informacje dodatkowe na temat części zamówienia**