



Unia Europejska

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, 2985 Luxembourg, Luksemburg

Faks: +352 29 29 42 670

E-mail: ojs@publications.europa.eu

Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia

(Dyrektywa 2004/18/WE)

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa, adresy i punkty kontaktowe:

Oficjalna nazwa: [Samodzielny Publiczny Zespół Opieki](#) Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*
[Zdrowotnej Kędzierzyn-Koźle](#)

Adres pocztowy: [ul. 24 Kwietnia 5](#)

Miejscowość: [Kędzierzyn-Koźle](#) Kod pocztowy: [47-200](#) Państwo: [Polska \(PL\)](#)

Punkt kontaktowy: Tel.: [+77 40-62-566](#)

Osoba do kontaktów: [Elżbieta Koziol](#)

E-mail: EKoziol@e-szpital.eu Faks: [+77 40-62-567](#)

Adresy internetowe: *(jeżeli dotyczy)*

Ogólny adres instytucji zamawiającej: *(URL)* www.e-szpital.eu

Adres profilu nabywcy: *(URL)*

Dostęp elektroniczny do dokumentów: *(URL)*

Elektroniczne składanie kandydatur i wniosków o dopuszczenie do udziału: *(URL)*

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
- Inna: *(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

więcej informacji o tych instytucjach zamawiających można podać w załączniku A

Sekcja II: Przedmiot zamówienia

II.1) Opis

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu:

Dostawa leków dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu

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"/> Roboty budowlane | <input checked="" type="radio"/> Dostawy | <input type="radio"/> Usługi |
| <input type="checkbox"/> Wykonanie | <input checked="" type="radio"/> Kupno | Kategoria usług: nr: |
| <input type="checkbox"/> Zaprojektowanie i wykonanie | <input type="radio"/> Dzierżawa | Zob. kategorie usług w załączniku C1 |
| <input type="checkbox"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą | <input type="radio"/> Najem | W przypadku zamówień na usługi kategorii 17-27 – zob. załącznik C1 – czy zgadzają się Państwo na publikację niniejszego ogłoszenia? |
| | <input type="radio"/> Leasing | |
| | <input type="radio"/> Połączenie powyższych form | |

Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług :

Apteka Szpitalna przy SP ZOZ w Kędzierzynie – Koźlu, ul. 24 Kwietnia 13

Kod NUTS:

II.1.3) Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

- Ogłoszenie dotyczy zawarcia umowy ramowej
- Ogłoszenie dotyczy zamówienia (zamówień) w ramach dynamicznego systemu zakupów (DPS)

II.1.4) Krótki opis zamówienia lub zakupu:

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowią formularze cenowe - załączniki nr 2/1 - 2/33 do SIWZ.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną liczbę pakietów. Zamówienie zostało podzielone na następujące części/pakiety zamówienia:
 - pakiet nr 1 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/1 do SIWZ;
 - pakiet nr 2 – Dostawa leku Omnipaque – wg załącznika nr 2/2 do SIWZ;
 - pakiet nr 3 – Dostawa płynów infuzyjnych – wg załącznika nr 2/3 do SIWZ;
 - pakiet nr 4 – Dostawa Albumin – wg załącznika nr 2/4 do SIWZ;
 - pakiet nr 5 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/5 do SIWZ;
 - pakiet nr 6 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/6 do SIWZ;
 - pakiet nr 7 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/7 do SIWZ;
 - pakiet nr 8 – Dostawa heparyn drobnocząsteczkowych – wg załącznika nr 2/8 do SIWZ;
 - pakiet nr 9 – Dostawa antybiotyków – wg załącznika nr 2/9 do SIWZ;
 - pakiet nr 10 – Dostawa płynów infuzyjnych – wg załącznika nr 2/10 do SIWZ;
 - pakiet nr 11 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/11 do SIWZ;
 - pakiet nr 12 – Dostawa leku Omeprazolom – wg załącznika nr 2/12 do SIWZ;
 - pakiet nr 13 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/13 do SIWZ;
 - pakiet nr 14 – Dostawa mieszanek mlecznych – wg załącznika nr 2/14 do SIWZ;
 - pakiet nr 15 – Dostawa leku Sevoflurane – wg załącznika nr 2/15 do SIWZ;
 - pakiet nr 16 – Dostawa leku Meropenem – wg załącznika nr 2/16 do SIWZ;

pakiet nr 17 – Dostawa Ranibizumabu – wg załącznika nr 2/17 do SIWZ;
 pakiet nr 18 – Dostawa preparatów do żywienia – wg załącznika nr 2/18 do SIWZ;
 pakiet nr 19 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/19 do SIWZ;
 pakiet nr 20 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/20 do SIWZ;
 pakiet nr 21 – Dostawa leków przygotowujących pacjenta do zabiegu kolonoskopii – wg załącznika nr 2/21 do SIWZ;
 pakiet nr 22 – Dostawa leku Ciprofloxacyn – wg załącznika nr 2/22 do SIWZ;
 pakiet nr 23 – Dostawa antybiotyków – wg załącznika nr 2/23 do SIWZ;
 pakiet nr 24 – Dostawa leku Sopedorm – wg załącznika nr 2/24 do SIWZ;
 pakiet nr 25 – Dostawa leku Desfluran – wg załącznika nr 2/25 do SIWZ;
 pakiet nr 26 – Dostawa leków – wg załącznika nr 2/26 do SIWZ;
 pakiet nr 27 – Dostawa leku Acidum ibandronicum – wg załącznika nr 2/27 do SIWZ
 pakiet nr 28 – Dostawa leku Gelaspan - wg załącznika nr 2/28 do SIWZ,
 pakiet nr 29 - Dostawa insuliny - wg załącznika nr 2/29 do SIWZ,
 pakiet nr 30 - Dostawa leku Afibercept - wg załącznika nr 2/30 do SIWZ,
 pakiet nr 31 - Dostawa leku Nodraparinum i Fondaparix - wg załącznika nr 2/31 do SIWZ,
 pakiet nr 32 - Dostawa preparatów do żywienia pozajelitowego - wg załącznika nr 2/32 do SIWZ,
 pakiet nr 33 – Dostawa leku Hemosol - wg załącznika nr 2/33 do SIWZ.

II.1.5) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33600000	
Dodatkowe przedmioty	33141550	

II.1.6) Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA): tak nie

II.2) Całkowita końcowa wartość zamówienia (zamówień):

II.2.1) Całkowita końcowa wartość zamówienia (zamówień):

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Wartość: 2742253.27 Waluta: PLN albo:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki
Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Sekcja IV: Procedura

IV.1) Rodzaj procedury

IV.1.1) Rodzaj procedury

- Otwarta
- Ograniczona
- Ograniczona przyspieszona
- Dialog konkurencyjny
- Negocjacyjna z uprzednim ogłoszeniem
- Negocjacyjna przyspieszona
- Negocjacyjna bez uprzedniego ogłoszenia
- Udzielenie zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (w przypadkach wymienionych w sekcji 2 w załączniku D1)

Uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U.. UE): proszę wypełnić załącznik D1

IV.2) Kryteria udzielenia zamówienia

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia

- Najniższa cena albo
- Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

Kryteria	Waga
1 . cena	95
2 . Termin dostawy w trybie NA RATUNEK	5

IV.2.2) Informacje na temat aukcji elektronicznej

Wykorzystano aukcję elektroniczną tak nie

IV.3) Informacje administracyjne

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą: *(jeżeli dotyczy)*
[44/EOZ/2014](#)

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia:

tak nie

(jeżeli tak, proszę zaznaczyć właściwe pola)

Wstępne ogłoszenie informacyjne Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

Ogłoszenie o zamówieniu Uprozczone ogłoszenie o zamówieniu w ramach dynamicznego systemu zakupów
Numer ogłoszenia w Dz.U.: [2014/S 221-390433](#) z dnia: [15/11/2014](#) (dd/mm/rrrr)

Ogłoszenie o dobrowolnej przejrzystości ex ante
Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)
Numer ogłoszenia w Dz.U.: z dnia: (dd/mm/rrrr)

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: **1** Nazwa: **Dostawa leków**

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: **1**

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: **FARMACOL SA**

Adres pocztowy: **Ul. Rzepakowa 2**

Miejscowość: **Katowice**

Kod pocztowy: **40-541**

Państwo: **Polska (PL)**

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 814870.01 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 659543.19 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna,,: (proszę podać)

liczbę lat: **1** albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 2 Nazwa: Dostawa leku Omnipaque

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PGF Urtica sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 49789.30 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 48958.77 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 3 Nazwa: Dostawa płynów infuzyjnych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Fresenius Kabi Polska sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Hrubieszowska 2

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 01-209

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 310975.24 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 316589.15 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 4 Nazwa: Dostawa Albumin

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: NOBIPHARM sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Rydygiera 8

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 01-793

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 95194.66 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 82053.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna,,: (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 6 Nazwa: Dostawa leków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: GSK Services sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Grunwaldzka 189

Miejscowość: Poznań

Kod pocztowy: 60-322

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 5543.10 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 5351.40 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: **7** Nazwa: **Dostawa leków**

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: **1**

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: **Lek SA**

Adres pocztowy: **Ul. Podlipie 16**

Miejscowość: **Stryków**

Kod pocztowy: **95-010**

Państwo: **Polska (PL)**

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 57471.84 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 52595.25 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna,,: (proszę podać)

liczbę lat: **1** albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 8 Nazwa: Dostawa heparyn drobnocząsteczkowych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Asclepios SA

Adres pocztowy: Ul. Hubska 44

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 50-502

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 42014.29 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 43865.06 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 9 Nazwa: Dostawa antybiotyków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 66172.02 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 72624.65 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 10 Nazwa: Dostawa płynów infuzyjnych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BAXTER Polska sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Kruczkowskiego 8

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-380

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 65793.60 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 64632.60 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: **11** Nazwa: **Dostawa leków**

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: **2**

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: **SALUS International sp. z o.o.**

Adres pocztowy: **ul. Pułaskiego 9**

Miejscowość: **Katowice**

Kod pocztowy: **40-273**

Państwo: **Polska (PL)**

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 111549.50 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 116574.85 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna,,: (proszę podać)

liczbę lat: **1** albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 12 Nazwa: Dostawa leku Omeprazolum

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 6

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PGF Urtica sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 34311.17 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 29454.62 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 13 Nazwa: Dostawa leków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Aesculap Chifa sp.z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Tysiąclecia 15

Miejscowość: Nowy Tomyśl

Kod pocztowy: 64-300

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 84975.91 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 75106.44 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 14 Nazwa: Dostawa mieszanek mlecznych

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PGF Urtica sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 68025.15 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 15840.38 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 15 Nazwa: Dostawa leku Sevoflurane

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 130140.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 117509.40 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 16 Nazwa: Dostawa leku Meropenem

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 11226.60 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 29944.08 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 17 Nazwa: Dostawa Ranibizumabu

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL SA

Adres pocztowy: Ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 398420.64 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 398630.16 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 18 Nazwa: Dostawa preparatów do żywienia

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 4

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 19609.75 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 14342.21 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 19 Nazwa: Dostawa leków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PGF Urtica sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 218298.13 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 286178.28 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 20 Nazwa: Dostawa leków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Sanofi-Aventis sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Bonifraterska 17

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-203

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 196982.68 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 173817.71 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna,,: (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: **21** Nazwa: **Dostawa leków przygotowujących pacjenta do zabiegu kolonoskopii**

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: **3**

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: **SALUS International sp. z o.o.**

Adres pocztowy: **Ul. Pułaskiego 9**

Miejscowość: **Katowice**

Kod pocztowy: **40-273**

Państwo: **Polska (PL)**

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 17994.61 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 14955.95 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: **1** albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 22 Nazwa: Dostawa leku Ciprofloxacyn

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Fresenius Kabi Polska sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Hrubieszowska 2

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 01-209

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 68474.16 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 50403.60 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 23 Nazwa: Dostawa antybiotyków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 5

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Lek SA

Adres pocztowy: Ul. Podlipie 16

Miejscowość: Stryków

Kod pocztowy: 95-010

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 17355.06 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 17727.88 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 24 Nazwa: Dostawa leku Sopotorm

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: PGF Urtica sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Krzemieniecka 120

Miejscowość: Wrocław

Kod pocztowy: 54-613

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 19449.72 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 17196.19 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 25 Nazwa: Dostawa leku Desfluran

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: BAXTER Polska sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Kruczkowskiego 8

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-380

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 5896.80 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 5773.68 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 26 Nazwa: Dostawa leków

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL SA

Adres pocztowy: Ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 11315.17 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 11888.87 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 27 Nazwa: Dostawa leku Acidum ibandronicum

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 3693.60 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 8456.40 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 28 Nazwa: Dostawa leku Gelaspan

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Aesculap Chifa sp.z o.o.

Adres pocztowy: Ul. Tysiąclecia 15

Miejscowość: Nowy Tomyśl

Kod pocztowy: 64-300

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 27125.28 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 27378.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 29 Nazwa: Dostawa insuliny

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 3

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: FARMACOL SA

Adres pocztowy: Ul. Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-541

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 6210.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 5585.65 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 30 Nazwa: Dostawa leku Afibercept

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 2

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: SALUS International sp. z o.o.

Adres pocztowy: ul. Pułaskiego 9

Miejscowość: Katowice

Kod pocztowy: 40-273

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 134946.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 128532.53 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: **31** Nazwa: **Dostawa leku Nodraparinum i Fondaparix**

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: **1**

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: **Aspen Pharma Ireland Limited**

Adres pocztowy: **One George's Quay Plaza,**

Miejscowość: **Dublin 2**

Kod pocztowy:

Państwo: **Irlandia (IE)**

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 38512.80 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 37724.51 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: **1** albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 32 Nazwa: Dostawa preparatów do żywienia pozajelitowego

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Fresenius Kabi Polska sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Hrubieszowska 2

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 01-209

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 47313.53 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 31206.00 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja V: Udzielenie zamówienia

Zamówienie nr: Część nr: 34 Nazwa: Dostawa leku Gardenal

V.1) Data decyzji o udzieleniu zamówienia:

17/02/2015 (dd/mm/rrrr)

V.2) Informacje o ofertach:

Liczba otrzymanych ofert: 1

Liczba ofert otrzymanych środkami elektronicznymi:

V.3) Nazwa i adres wykonawcy, na rzecz którego została wydana decyzja o udzieleniu zamówienia

Oficjalna nazwa: Sanofi-Aventis sp. z o.o.

Adres pocztowy: Ul.Bonifraterska 17

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 00-203

Państwo: Polska (PL)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy: (URL)

V.4) Informacje na temat wartości zamówienia (proszę podać wyłącznie dane liczbowe)

	Bez VAT	Łącznie z VAT	Stawka VAT (%)
Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy) Wartość: 2189.92 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
Całkowita końcowa wartość zamówienia Wartość: 1990.66 Waluta: PLN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	wg stawki 8.00
albo: Najniższa oferta: i najwyższa oferta: Waluta: brana pod uwagę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wg stawki

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, (proszę podać)

liczbę lat: 1 albo liczbę miesięcy:

V.5) Informacje na temat podwykonawstwa

Przewidywane jest zlecenie podwykonawstwa w ramach zamówienia tak nie

(jeżeli tak, proszę podać wyłącznie dane liczbowe) Wartość lub część zamówienia, które prawdopodobnie będzie zleczone stronom trzecim:

Wartość bez VAT: Nieznana:

Waluta: Proporcja %

Krótki opis wartości/części zamówienia, które będzie zleczone podwykonawcom : (jeżeli są znane)

----- (Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne) -----

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Informacje o funduszach Unii Europejskiej:

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej tak nie
(jeżeli tak) Podać odniesienie do projektu (projektów) i/lub programu (programów):

VI.2) Informacje dodatkowe: (jeżeli dotyczy)

VI.3) Procedury odwoławcze

VI.3.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Oficjalna nazwa [Krajowa Izba Odwoławcza](#)

Adres pocztowy
[Postępu 17a](#)

Miejscowość [Warszawa](#)

Kod pocztowy [02-676](#)

Państwo [Polska \(PL\)](#)

Tel. [+48 224587701](#)

E-mail

Faks [+48 224587700](#)

Adres internetowy URL <http://www.uzp.gov.pl>

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa

Adres pocztowy

Miejscowość

Kod pocztowy

Państwo

Tel.

E-mail

Faks

Adres internetowy URL

VI.3.2) Składanie odwołań (proszę wypełnić pkt VI.3.2 lub, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.3.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań

[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. 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. 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. 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 Pzp. Terminy na wniesienie odwołań zawarte są w art. 182 Pzp, w tym dotyczące zamówień, których wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 Pzp.](#)

VI.3.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa [Prezes Krajowej Izby Odwoławczej](#)

Adres pocztowy

[Postępu 17a](#)

Miejscowość [Warszawa](#)

Kod pocztowy [02-676](#)

Państwo [Polska \(PL\)](#)

Tel. [+48 224587701](#)

E-mail

Faks [+48 224587700](#)

Adres internetowy URL <http://www.uzp.gov.pl>

VI.4) Data wysłania niniejszego ogłoszenia:

[16/03/2015](#) (dd/mm/rrrr) - ID:2015-035362

Załącznik A
Dodatkowe adresy i punkty kontaktowe

I.0) Adres innej instytucji zamawiającej, w imieniu której dokonuje zakupu instytucja zamawiająca:

Oficjalna nazwa:

Krajowy numer identyfikacyjny: *(jeżeli jest znany)*

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Państwo:

----- *(Wykorzystać sekcję formularza tyle razy, ile jest to konieczne)* -----

Załącznik C1 – Zamówienia ogólne
Kategorie usług, o których mowa w sekcji II Przedmiot zamówienia
Dyrektywa 2004/18/WE

Kategoria nr [1]	Przedmiot
1	Usługi konserwacyjne i naprawcze
2	Usługi transportu lądowego [2] ,w tym usługi samochodów opancerzonych oraz usługi kurierskie, z wyjątkiem przewozu poczty
3	Usługi transportu lotniczego pasażerów i towarów, z wyjątkiem transportu poczty
4	Transport poczty drogą lądową [3] i lotniczą
5	Usługi telekomunikacyjne
6	Usługi finansowe: a) Usługi ubezpieczeniowe b)Usługi bankowe i inwestycyjne [4]
7	Usługi komputerowe i usługi z nimi związane
8	Usługi badawcze i rozwojowe [5]
9	Usługi w zakresie księgowości, audytu oraz prowadzenia ksiąg rachunkowych
10	Usługi badania rynku i opinii publicznej
11	Usługi konsultacyjne w zakresie zarządzania [6] i usługi z nimi związane
12	Usługi architektoniczne, inżynieryjne i zintegrowane usługi inżynieryjne; usługi urbanistyczne, architektury krajobrazu, związane z nimi usługi konsultacji naukowych i technicznych; usługi badań i analiz technicznych
13	Usługi reklamowe
14	Usługi sprzątania budynków i usługi zarządzania mieniem
15	Usługi w zakresie publikowania i drukowania wykonywane z tytułu wynagrodzenia lub umowy
16	Usługi w dziedzinie odprowadzania ścieków i wywozu nieczystości; usługi sanitarne i podobne
Kategoria nr [7]	Przedmiot
17	Usługi hotelarskie i restauracyjne
18	Usługi transportu kolejowego
19	Usługi transportu wodnego
20	Dodatkowe i pomocnicze usługi transportowe
21	Usługi prawnicze
22	Usługi rekrutacji i pozyskiwania personelu [8]
23	Usługi detektywistyczne i ochroniarskie z wyjątkiem usług samochodów opancerzonych
24	Usługi edukacyjne i szkoleniowe
25	Usługi społeczne i zdrowotne
26	Usługi rekreacyjne, kulturalne oraz sportowe [9]
27	Inne usługi

1 Kategorie usług w rozumieniu art. 20 i załącznika IIA do dyrektywy 2004/18/WE.

2 Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

3 Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

4 Z wyjątkiem usług finansowych związanych z wystawianiem, sprzedażą, zakupem lub transferem papierów wartościowych albo innych instrumentów finansowych oraz usług banku centralnego. Również wyłączone: usługi obejmujące nabycie, najem lub dzierżawę – bez względu na sposób finansowania – gruntów, istniejących

budynków lub innych nieruchomości, albo dotyczące praw do nich. Niemniej jednak przepisom dyrektywy podlegają umowy o świadczenie usług finansowych zawarte, w dowolnej formie, równocześnie, przed lub po zawarciu umowy nabycia, najmu lub dzierżawy.

5 Z wyjątkiem usług dotyczących badań i rozwoju innych niż takie, gdzie korzyści czerpie wyłącznie instytucja zamawiająca w celu wykorzystania ich we własnej działalności, pod warunkiem że świadczona usługa została w pełni wynagrodzona przez instytucję zamawiającą.

6 Z wyjątkiem usług arbitrażowych i koncyliacyjnych.

7 Kategorie usług w rozumieniu art. 21 i załącznika IIB do dyrektywy 2004/18/WE.

8 Z wyjątkiem umów o pracę.

9 Z wyjątkiem umów dotyczących nabycia, opracowania, produkcji i koprodukcji materiałów programowych przez nadawców oraz umów dotyczących czasu emisji.

Załącznik D1 – Zamówienia ogólne
Uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia
o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U.. UE)
Dyrektywa 2004/18/WE

Poniżej proszę podać uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Uzasadnienie to musi być zgodne z wymogami dyrektywy 2004/18/WE.

(W rozumieniu przepisów dyrektywy 89/665/EWG dotyczącej środków odwoławczych termin wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 2f ust. 1 lit. a) tiret pierwsze tej dyrektywy, może zostać skrócony, jeżeli ogłoszenie o udzieleniu zamówienia zawiera uzasadnienie decyzji instytucji zamawiającej o udzieleniu zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Aby skorzystać z możliwości skrócenia terminu, proszę poniżej zaznaczyć właściwe pole (pola) oraz udostępnić dodatkowe informacje.)

1) Uzasadnienie wyboru procedury negocjacyjnej bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dz.U.. UE zgodnie z art. 31 dyrektywy 2004/18/WE

Brak ofert lub brak odpowiednich ofert w odpowiedzi na:

- procedura otwarta,
- procedurę ograniczoną.

Produkty będące przedmiotem zamówienia są wytwarzane wyłącznie do celów prac badawczych, eksperymentalnych, naukowych lub rozwojowych, zgodnie z warunkami określonymi w dyrektywie. (wyłącznie dla dostaw)

Roboty budowlane/towary/usługi mogą być zrealizowane lub dostarczone tylko przez określonego oferenta z przyczyn:

- technicznych,
- artystycznych,
- związanych z ochroną wyłącznych praw.

Ze względu na wystąpienie pilnej konieczności spowodowanej wydarzeniami, których instytucja zamawiająca nie mogła przewidzieć oraz zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

Dodatkowe roboty budowlane/dostawy/usługi są zamawiane zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

Nowe roboty budowlane/usługi, będące powtórzeniem robót budowlanych/usług oraz zamówione zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie.

Zamówienie na usługi udzielone zwycięzcy lub jednemu ze zwycięzców przeprowadzonego konkursu.

Dostawy towarów notowanych i nabywanych na giełdzie towarowej.

Nabycie dostaw na szczególnie korzystnych warunkach:

- od dostawcy, który ostatecznie likwiduje swoją działalność,
- od syndyków masy upadłościowej lub likwidatorów, umowa z wierzycielami lub podobna procedura.

Wszystkie oferty przedłożone w odpowiedzi na procedurę otwartą, procedurę ograniczoną lub dialog konkurencyjny były nieprawidłowe lub niemożliwe do przyjęcia. Do procedury negocjacyjnej zostali dopuszczeni wyłącznie oferenci, którzy spełnili kryteria kwalifikacji podmiotowej.

2) Inne uzasadnienie udzielenia zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dz.U.. UE

- Przedmiotem zamówienia są usługi wymienione w załączniku IIB do dyrektywy.
- Zamówienie nie wchodzi w zakres stosowania dyrektywy.

Aby skorzystać ze wspomnianej wyżej możliwości skrócenia terminu, oprócz zaznaczenia odpowiedniego pola (odpowiednich pól) powyżej, proszę w jasny i wyczerpujący sposób wyjaśnić, dlaczego udzielenie zamówienia bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej jest zgodne z przepisami, podając przy tym odpowiednie fakty i, w stosownych przypadkach, konkluzje prawne zgodnie z dyrektywą 2004/18/WE: (maksymalnie 500 słów)