

Sprawa 4/2010

**Zielona Góra: Sukcesywna dostawa leków różnych na potrzeby Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze**

**OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA - DOSTAWY**  
**Numer ogłoszenia : 357529- 2010 ; data zamieszczenia: 13.12.2010r**

**Zamieszczenie ogłoszenia:** obowiązkowe

**Ogłoszenie dotyczy:** zamówienia publicznego.

**Czy zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych:** tak, numer ogłoszenia w BZP: 341597-2010r.

**Czy w Biuletynie Zamówień Publicznych zostało zamieszczone ogłoszenie o zmianie ogłoszenia:** nie.

#### **SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

##### **I.1) NAZWA I ADRES:**

- 1) pełna nazwa Zamawiającego: **Miasto Zielona Góra – Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze**
- 2) kod, miejscowość województwo: 65-046 Zielona Góra, lubuskie
- 3) ulica, nr domu: Zyty 26
- 4) nr tel., faks tel. (+48) 68 325 43 33, faks (+48) 68 325 43 33

**I.2) RODZAJ ZAMAWIAJACEGO:** Inny: Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

#### **SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego zamówienia:** Sukcesywna dostawa leków różnych na potrzeby Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze.

**II.2) Rodzaj zamówienia:** Dostawy.

##### **III.3) Określenie przedmiotu zamówienia:**

1. Przedmiotem zamówienia jest **sukcesywna dostawa leków różnych na potrzeby Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze**.
2. Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę do siedziby Zamawiającego leków różnych, których zestawienie rodzajowo - ilościowe przedstawiono w Tabeli Elementów Rozliczeniowych stanowiącej **załącznik Nr 7** do niniejszej SIWZ, z zastrzeżeniem pkt 3.7. SIWZ;
3. Wykonawca zobowiązany jest dostarczać przedmiot zamówienia:
  - 3.1 sukcesywnie, zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego;
  - 3.2. w terminie nie dłuższym niż 24 godziny od złożenia telefonicznego lub faksowego zamówienia rodzajowo – ilościowego;
  - 3.3. w dni robocze od poniedziałku do piątku;
  - 3.4. w wyjątkowych sytuacjach na CITO;
4. Dostarczane przez Wykonawcę w ramach przedmiotu zamówienia leki muszą być wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne* (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 – tekst jednolity z późn. zm.);
5. Termin ważności (przydatności do stosowania) dostarczanych przez Wykonawcę w ramach przedmiotu zamówienia leków musi wynieść co najmniej 6 miesięcy od daty dostawy;
6. W cenie oferty Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić koszty dostawy przedmiotu zamówienia do siedziby Zamawiającego, w szczególności koszt transportu, opakowania, za i rozładunku, opłat celnych i podatków;
7. Tabela Elementów Rozliczeniowych stanowiąca **załącznik Nr 7** do niniejszej SIWZ zawiera przewidywalną maksymalną wielkość dostawy, która jest wielkością szacunkową, w związku z czym Zamawiający zastrzega, iż nie każdy lek w niej wyszczególniony może zostać zakupiony w pełnym zakresie ilościowym.

**II.4) Wspólny Słownik Zamówień (CPV):**

**33.60.00.00-6** - produkty farmaceutyczne;

**SEKCJA III: PROCEDURA**

**III.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA** : przetarg nieograniczony

**III.2) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**

**Zamówienie dotyczy projektu / programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej:** nie

**SEKCJA IV: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA** : 13.12.2010r.

**IV.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT** : 1.

**IV.3) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT** : 0.

**IV.4) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA :**

- 1) nazwa: Apteka MELISA Henryk Krupiczowicz**
- 2) adres pocztowy: ul. Kożuchowska 24;**
- 3) kod, miejscowość : 64-364 Zielona Góra;**
- 4) kraj/województwo: lubuskie.**

**IV.5) Szacunkowa wartość zamówienia ( bez VAT):** 103.939,67 PLN.

**IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIZSZĄ I NAJWYŻSZĄ CENĄ**

**Cena wybranej oferty: 106.786,69**  
**Oferta z najniższą ceną: 106.786,69**  
**Oferta z najwyższą ceną: 106.786,69**  
**Waluta : PLN.**

Dyrektor  
Anna Kwiatek

.....  
imię, nazwisko i podpis osoby uprawnionej