

Sprawa 2/2012

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

OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA - DOSTAWY
Numer ogłoszenia : 28777- 2012 ; data zamieszczenia: 03.02.2012r

Zamieszczenie ogłoszenia: obowiązkowe

Ogłoszenie dotyczy: zamówienia publicznego.

Czy zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych: tak, numer ogłoszenia w BZP: 21619-2012r.

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 ZAMAWIAJĄCEGO: 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 –wykaz asortymentu leków stanowiącej załącznik Nr 8 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 6 godzin 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 -wykaz asortymentu leków stanowiąca załącznik Nr 8 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. Zamawiający nie będzie ponosił ujemnych skutków finansowych spowodowanych zmniejszeniem ilości dostaw przewidzianych w umowie leków.

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 : 03.02.2012r.

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): 98.148,00 PLN.

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

| | |
|---------------------------------|------------------|
| Cena wybranej oferty: | 97.586,94 |
| Oferta z najniższą ceną: | 97.586,94 |
| Oferta z najwyższą ceną: | 97.586,94 |
| Waluta : | PLN. |

Dyrektor
mgr Anna Kwiatek

.....
*Podpis Dyrektora lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Zamawiającego*