

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:432731-2017:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Poznań: Zaciski, szwy, podwiązki naczyniowe
2017/S 209-432731**

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa i adresy

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
000292209
Juraszów 7/19
Poznań
60-479
Polska
E-mail: watral@lutycka.pl
Kod NUTS: PL415

Adresy internetowe:

Główny adres: www.lutycka.pl

I.2) Wspólne zamówienie

I.3) Komunikacja

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: www.lutycka.pl
Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej
Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres podany powyżej

I.4) Rodzaj instytucji zamawiającej

Inny rodzaj: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

I.5) Główny przedmiot działalności

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) Wielkość lub zakres zamówienia

II.1.1) Nazwa:

Dostawa produktów leczniczych oraz materiałów szewnych, koncentratów do dializ stosowanych przez Oddziały Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.
Numer referencyjny: SZW/SZP/73/2017

II.1.2) Główny kod CPV

33141120

II.1.3) Rodzaj zamówienia

Dostawy

II.1.4) Krótki opis:

Dostawa produktów leczniczych oraz materiałów szewnych, koncentratów do dializ stodowanych przez Oddziały Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

Wartość bez VAT: 12 511 178.45 PLN

II.1.6) **Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: tak

Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części

Maksymalna liczba części, które mogą zostać udzielone jednemu oferentowi: 84

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Leki w postaci tabletek, kapsułek bez antybiotyków

Część nr: 1

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Leki w postaci tabletek, kapsułek bez antybiotyków. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 508 695.88 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Leki w postaci ampułek, fiolek
Część nr: 2

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Leki w postaci ampułek, fiolek. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 1 251 951.93 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Leki różne bez antybiotyków
Część nr: 3

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Leki różne bez antybiotyków. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 419 398.77 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Antybiotyki i chemioterapetyki
Część nr: 4

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Antybiotyki i chemioterapetyki. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 479 231.76 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Ciprofloxacinum
Część nr: 5

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn Apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Ciprofloxacinum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 44 824.07 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Imipenemum+ Cylastatinum
Część nr: 6
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**

Imipenemum+ Cylastatinum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 22 950.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Piperacillin+Tazobactam

Część nr: 7

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Piperacillin+Tazobactam. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 88 500.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Meropenenum

Część nr: 8

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Meropenenum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 53 212.22 PLN

- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Caspofungin lub inne
Część nr: 9
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Caspofungin lub inne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 287 044.26 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Acidum clavulan.+Amoxicillum
Część nr: 10

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Acidum clavulan.+Amoxicillum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 91 628.52 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Aciclovirum
Część nr: 11

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Aciclovirum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 33 688.33 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi

przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Ganciclovirum
Część nr: 12

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Ganciclovirum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 101 416.67 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Cefazolinum et Ceftriaxonum
Część nr: 13

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Cefazolinum et Ceftriaxonum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 40

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 110 675.93 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Vancomycini hydrochloridum

Część nr: 14

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510

33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Vancomycini hydrochloridum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 47 957.41 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Enoxaparinum i in.

Część nr: 15

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Enoxaparinum i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 585 440.06 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nadroparinum

Część nr: 16

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nadroparinum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 68 553.06 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Erythropoietinum

Część nr: 17

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Erythropoietinum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 46 170.00 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Darbepoetinum alfa i in.
Część nr: 18
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Darbepoetinum alfa i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 37 876.35 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Cinacalcetum

Część nr: 19

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Cinacalcetum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 21 332.04 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Dalteparin sodium, Methylprednisolonum i in.
Część nr: 20

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Dalteparin sodium, Methylprednisolonum i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 174 723.89 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Abciximabum

Część nr: 21

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Abciximabum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 105 400.47 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Alteplasmum
Część nr: 22

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Alteplasmum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 747 919.67 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Basiliximabum
Część nr: 23

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Basiliximabum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 867 058.56 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Immunoglobulinum anti-lymphocyticum

Część nr: 24

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Immunoglobulinum anti-lymphocyticum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 65 604.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Dexmedetomidine hydrochloridum

Część nr: 25

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Dexmedetomidine hydrochloridum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 77 385.00 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Midazolamum
Część nr: 26
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Midazolamum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 48 320.65 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Środki odurzające i psychotropowe

Część nr: 27

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Środki odurzające i psychotropowe. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 204 139.13 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Płyny infuzyjne
Część nr: 28
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Płyny infuzyjne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 639 759.26 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Płyny odżywcze infuzyjne i dodatki do infuzji

Część nr: 29

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Płyny odżywcze infuzyjne i dodatki do infuzji. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 515 385.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Povidonum iodinum i inne
Część nr: 30

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Povidonum iodinum i inne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 261 668.26 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Glycine, Theophyllum i in.
Część nr: 31

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Glycine, Theophyllum i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 88 900.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
Środki zwiotczające i wziewne anestetyki
Część nr: 32
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Środki zwiotczające i wziewne anestetyki. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 109 587.95 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Sevofluranum
Część nr: 33
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Sevofluranum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 256 665.51 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Rocuroni bromidum

Część nr: 34

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Rocuron bromidum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 42 800.93 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Desfluranum

Część nr: 35

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Desfluranum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 75 325.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Omeprazolum

Część nr: 36

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Omeprazolum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 56 125.93 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pantoprazolum

Część nr: 37

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Pantoprazolum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 53 027.78 PLN

- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Paracetamolum
Część nr: 38
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Paracetamolum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 50 124.07 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Ornithini aspartas

Część nr: 39

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Ornithini aspartas. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 198 171.90 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Atosibanum
Część nr: 40

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Atosibanum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 36 582.15 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi

przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Eptacog alfa (aktywowany), Factor VIIa=Czynnik krzepnięcia
Część nr: 41

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Eptacog alfa (aktywowany), Factor VIIa=Czynnik krzepnięcia. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 145 761.44 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
Afliberceptum
Część nr: 42
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Afliberceptum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 123 518.52 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Albuminum humanum
Część nr: 43
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120

33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Albuminum humanum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 329 407.41 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Iomeprolum

Część nr: 44

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Iomeprolum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 31 085.78 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Iopromidum i in.

Część nr: 45

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Iopromidum i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 430 430.03 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Furosemidum amp. i in.

Część nr: 46

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Furosemidum amp. i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 291 716.67 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Matamizolum et Piracetamum
Część nr: 47
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Matamizolum et Piracetamum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 165 051.11 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Ferii hydroxydum

Część nr: 48

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Ferii hydroxydum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 45 580.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Alcoholum isopropyl.
Część nr: 49

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Alcoholum isopropyl.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 66 772.22 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Ketoprofenum i in.
Część nr: 50

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Ketoprofenum i in.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 96 048.15 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

- II.2.1) **Nazwa:**
Budesonidum
Część nr: 51
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Budesonidum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 62 900.74 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Cerebri extract.
Część nr: 52
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120

33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Cerebri extract.. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 215 600.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Phytomenadionum

Część nr: 53

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Phytomenadionum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 9 998.52 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Tianeptimum i inne

Część nr: 54

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Tianeptimum i inne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 7 082.43 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Płyny- Antyseptyki stosowane zewnętrznie
Część nr: 55

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Płyny- Antyseptyki stosowane zewnętrznie. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 24 183.33 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Płyn wiskoelastyczny steril

Część nr: 56

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Płyn wiskoelastyczny steril. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 11 294.26 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Trypan Blue

Część nr: 57

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Trypan Blue. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 4 800.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Fibrinum, Trombinum et Collagenum
Część nr: 58

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Fibrinum, Trombinum et Collagenum. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 60 052.79 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Koncentraty do dializy węglanowe
Część nr: 59

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Koncentraty do dializy węglanowe. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 128 700.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Koncentraty do hemofiltracji
Część nr: 60

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Koncentraty do hemofiltracji. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 87 400.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

- II.2.1) **Nazwa:**
Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o dwuskładnikowym rdzeniu, czas wchłaniania 54-70 dni, podtrzymywanie tkankowe na węźle min. 80 %
Część nr: 61
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o dwuskładnikowym rdzeniu, czas wchłaniania 54-70 dni, podtrzymywanie tkankowe na węźle min. 80 % . Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 390 978.30 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o jednoskładnikowym rdzeniu, o czasie wchłaniania 60-90 dni, podtrzymywanie tkankowe po 14 dniach: 80 %, po 21 dniach: 50 %, po 28 dniach: 20 %
Część nr: 62

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o jednoskładnikowym rdzeniu, o czasie wchłaniania 60-90 dni, podtrzymywanie tkankowe po 14 dniach: 80 %, po 21 dniach: 50 %, po 28 dniach: 20 %. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 23 624.56 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o jednoskładnikowym rdzeniu, o czasie wchłaniania 60-90 dni, podtrzymywanie tkankowe po 14 dniach: 80 %, po 21 dniach: 50 %, po 28 dniach: 20 %

Część nr: 63

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nici wchłaniające, syntetyczne, plecione o jednoskładnikowym rdzeniu, o czasie wchłaniania 60-90 dni, podtrzymywanie tkankowe po 14 dniach: 80 %, po 21 dniach: 50 %, po 28 dniach: 20 %. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 44 601.67 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nici skórne niewchłaniające monofilament typu Poliamid koloru czarnego lub ciemnogrnatowego z igłą

Część nr: 64

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nici skórne niewchłaniające monofilament typu Poliamid koloru czarnego lub ciemnogrnatowego z igłą.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 26 746.72 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nici naczyniowe monofilament typu Polypropylenum vel Polyvinylidenefluoridum PVDF z igłą

Część nr: 65

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Nici naczyniowe monofilament typu Polypropylenum vel Polyvinylidene-fluoridum PVDF z igłą. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 52 534.87 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Szwy do mikrochirurgii oka

Część nr: 66

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Leki. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 17 781.33 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nici niewchłaniające, syntetyczne, plecione typu Polyester z igłą

Część nr: 67

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nici niewchłaniające, syntetyczne, plecione typu Polyester z igłą. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 11 009.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Nici wchłanialne, plecione, syntetyczne, całkowity czas wchłaniania 40-42 dni
Część nr: 68

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Nici wchłanialne, plecione, syntetyczne, całkowity czas wchłaniania 40-42 dni. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 1 432.67 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Taśma do zakładania przy rozejściu się powłok brzusznych z podwójną igłą odwrotnie tnącą 2x100 mm
Część nr: 69

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Taśma do zakładania przy rozejściu się powłok brzusznych z podwójną igłą odwrotnie tnącą 2x100 mm.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 6 302.33 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Siatki wchłaniające

Część nr: 70

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Siatki wchłaniające. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 4 105.56 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Siatki przepuklinowe
Część nr: 71

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Siatki przepuklinowe. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 26 232.41 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Asortyment do podciśnieniowego leczenia ran
Część nr: 72

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Asortyment do podciśnieniowego leczenia ran. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 18 946.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Tampon donosowy steril
Część nr: 73

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Tampon donosowy steril. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 29 850.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Tampon donosowy specjalist.z hydroksylovanego polimeru octanu winylu
Część nr: 74

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Tampon donosowy specjalist.z hydroksylovanego polimeru octanu winylu. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 37 350.00 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Ciclosporinum et Everolimus

Część nr: 75

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Ciclosporinum et Everolimus. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 34 842.98 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Sirrolimus i inne leki

Część nr: 76

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Sirolimus i inne leki. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 1 902.58 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Acidum mycophenolas
Część nr: 77
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Acidum mycophenolas. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 10 364.99 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Mofetili mycophenolas

Część nr: 78

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120

33141510

33600000

33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Mofetili mycophenolas. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 15 707.54 PLN

- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Tacrolimus
Część nr: 79
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Tacrolimus. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 3 392.19 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Testy diagnostyczne na subst uzależniające z moczu do zakraplania lub zanurzenia
Część nr: 80

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Testy diagnostyczne na subst uzależniające z moczu do zakraplania lub zanurzenia. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 887.96 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

Plaster do testów skórnych
Część nr: 81

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Leki. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 6 540.00 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi

przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Substancje farmaceut. i inne postacie
Część nr: 82

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33141120
33141510
33600000
33693000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Substancje farmaceut. i inne postacie. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

Wartość bez VAT: 245 949.24 PLN

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
Insuliny i inne
Część nr: 83
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120
33141510
33600000
33693000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL415
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Insuliny i inne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
Wartość bez VAT: 128 673.63 PLN
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w miesiącach: 12
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**
Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
Varia
Część nr: 84
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33141120

33141510
33600000
33693000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL415

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu ul. Juraszów 7/19 – magazyn apteki szpitalnej.

II.2.4) Opis zamówienia:

Varia. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zamieszczony w załączniku nr 2 do SIWZ / załącznik nr 1 do umowy, tj. formularz cenowy – na warunkach określonych we wzorze umowy.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Zaoferowanie przez Wykonawcę rozliczania jedną fakturą wystawianą na koniec każdego miesiąca / Waga: 40

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

Wartość bez VAT: 58 815.83 PLN

II.2.7) Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

Okres w miesiącach: 12

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) Informacje o ofertach wariantowych

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) Informacje o opcjach

Opcje: nie

II.2.12) Informacje na temat katalogów elektronicznych

II.2.13) Informacje o funduszach Unii Europejskiej

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

II.2.14) Informacje dodatkowe

Rozliczenia odbywać się będą miesięcznie – za dostawy zrealizowane w tym okresie jedną fakturą wystawianą nie wcześniej, niż ostatniego dnia roboczego danego miesiąca. Zapłata za dostarczony asortyment nastąpi przelewem w ciągu 60 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze.

Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

III.1) Warunki udziału

III.1.1) Zdolność do prowadzenia działalności zawodowej, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego

Wykaz i krótki opis warunków:

W celu wykazania spełnienia ww. warunku Zamawiający wymaga, aby przedłożyć aktualną koncesję / zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego na obrót hurtowy produktami leczniczymi na terenie Polski.

III.1.2) Sytuacja ekonomiczna i finansowa

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie stawia szczególnych warunków udziału w postępowaniu w tym zakresie.

III.1.3) Zdolność techniczna i kwalifikacje zawodowe

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie stawia szczególnych warunków udziału w postępowaniu w tym zakresie.

III.1.5) Informacje o zamówieniach zastrzeżonych

III.2) Warunki dotyczące zamówienia

III.2.2) Warunki realizacji umowy:

Warunki realizacji umowy zostały określone we wzorze umowy, który stanowi załącznik nr 6 do SIWZ.

III.2.3) Informacje na temat pracowników odpowiedzialnych za wykonanie zamówienia

Sekcja IV: Procedura

IV.1) Opis

IV.1.1) Rodzaj procedury

Procedura otwarta

IV.1.3) Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

IV.1.4) Zmniejszenie liczby rozwiązań lub ofert podczas negocjacji lub dialogu

IV.1.6) Informacje na temat aukcji elektronicznej

IV.1.8) Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie

IV.2) Informacje administracyjne

IV.2.1) Poprzednia publikacja dotycząca przedmiotowego postępowania

IV.2.2) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału

Data: 11/12/2017

Czas lokalny: 09:00

IV.2.3) Szacunkowa data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału wybranym kandydatom

IV.2.4) Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału:

Polski

IV.2.6) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą

Oferta musi zachować ważność do: 08/02/2018

IV.2.7) Warunki otwarcia ofert

Data: 11/12/2017

Czas lokalny: 11:00

Miejsce:

W siedzibie zamawiającego, Biblioteka pokój nr 220.

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie

VI.2) Informacje na temat procesów elektronicznych

VI.3) Informacje dodatkowe:

VI.4) Procedury odwoławcze

VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Krajowa Izba Odwoławcza

ul. Postępu 17 a

Warszawa
02-676
Polska
Tel.: +48 224587801
E-mail: odwolania@uzp.gov.pl
Faks: +48 22458803

VI.4.2) **Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne**

Krajowa Izba Odwoławcza
ul. Postępu 17 a
Warszawa
02-676
Polska

VI.4.3) **Składanie odwołań**

VI.4.4) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Krajowa Izba Odwoławcza
ul. Postępu 17 a
Warszawa
02-676
Polska

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

27/10/2017