

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S03
SENDER:	ENOTICES
CUSTOMER:	GOSTYN
NO_DOC_EXT:	2019-XXXXXX
SOFTWARE VERSION:	9.11.2
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E-mail:	dyrektor@szpitalgostyn.pl
NOTIFICATION TECHNICAL:	/
NOTIFICATION PUBLICATION:	/

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Legal Basis:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) **Nazwa i adresy**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Pl. K. Marcinkowskiego 8/9

Gostyń

63-800

Polska

Osoba do kontaktów: p. mgr farm. Arkadiusz Dodot

Tel.: +48 653226816

E-mail: sekretariat@szpitalgostyn.pl

Faks: +48 653226840

Kod NUTS: PL417

Adresy internetowe:

Główny adres: <http://szpitalgostyn.pl/>

I.2) **Informacja o zamówieniu wspólnym**

I.3) **Komunikacja**

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: <http://szpitalgostyn.pl/>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: <http://szpitalgostyn.pl/>

I.4) **Rodzaj instytucji zamawiającej**

Podmiot prawa publicznego

I.5) **Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) **Wielkość lub zakres zamówienia**

II.1.1) **Nazwa:**

Dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu.

Numer referencyjny: SPZOZXII/4/19

II.1.2) **Główny kod CPV**

33680000

II.1.3) **Rodzaj zamówienia**

Dostawy

II.1.4) **Krótki opis:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

Przedmiot zamówienia powinien spełniać odpowiednie warunki dopuszczenia do obrotu – leki powinny być zarejestrowane i wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

II.1.6) **Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: tak

Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 1 Leki hamujące czynność czynnika Xa

Część nr: 1

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki hamujące czynność czynnika Xa

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 2 Heparyna drobnocząsteczkowa

Część nr: 2

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Heparyna drobnocząsteczkowa

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 3 Leki – postać płynna

Część nr: 3

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki – postać płynna. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 4 Leki

Część nr: 4

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 5 Leki II

Część nr: 5

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki II.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 6 Leki III

Część nr: 6

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki III.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 7 Leki IV
Część nr: 7
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki IV.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 8 Anestetyki wziewne
Część nr: 8
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Anestetyki wziewne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 9 Produkty farmaceutyczne

Część nr: 9

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Produkty farmaceutyczne.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 10 Produkty farmaceutyczne II

Część nr: 10

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Produkty farmaceutyczne II.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 11 Leki V
Część nr: 11
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki V.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 12 Płyny infuzyjne
Część nr: 12

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Płyny infuzyjne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 13 Albumina ludzka
Część nr: 13

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Albumina ludzka. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 14 Różne
Część nr: 14
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Różne. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60

- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 15 Antybiotyki
Część nr: 15
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Antybiotyki.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 16 Insuliny
Część nr: 16
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Insuliny.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 17 Środki kontrastowe
Część nr: 17
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Środki kontrastowe.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 18 Propofol

Część nr: 18

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Propofol.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 19 Paracetamol

Część nr: 19

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Paracetamol.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 20 Aminoglikozydy

Część nr: 20

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Aminoglikozydy. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 21 Antybiotyki
Część nr: 21
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Antybiotyki.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 22 Leki przeciwgrzybicze i przeciwwymiotne
Część nr: 22
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki przeciwgrzybicze i przeciwwymiotne.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 23 Leki VI

Część nr: 23

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki VI.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość**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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

PAKIET NR 24 Karbapenemy

Część nr: 24

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Karbapenemy.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość**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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 25 Mleko i akcesoria do podawania
Część nr: 25
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Mleko i akcesoria do podawania.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 26 Produkty farmaceutyczne III

Część nr: 26

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Produkty farmaceutyczne III.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 27 Opatrunki lecznicze

Część nr: 27

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Opatrunki lecznicze. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 28 Leki VII

Część nr: 28

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki VII.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 29 Leki VIII

Część nr: 29

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki VIII.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 30 Leki psychotropowe

Część nr: 30

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki psychotropowe.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 31 Żywnienie dojelitowe + akcesoria
Część nr: 31
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Żywnienie dojelitowe + akcesoria.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 32 Żywnienie dojelitowe + akcesoria + SIP
Część nr: 32
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Żywnienie dojelitowe + akcesoria + SIP.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 33 Leki IX

Część nr: 33

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki IX.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 34 Antybiotyki doustne

Część nr: 34

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Antybiotyki doustne.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 35 Paski do glukometru
Część nr: 35
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Paski do glukometru.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 36 Dodatki do żywienia pozajelitowego
Część nr: 36

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Dodatki do żywienia pozajelitowego.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 37 Gaziki do dezynfekcji skóry
Część nr: 37

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Gaziki do dezynfekcji skóry.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 38 Theophyllinum

Część nr: 38

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Theophyllinum.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 39 Etanol

Część nr: 39

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Etanol.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 40 Lek do inhalacji

Część nr: 40

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Lek do inhalacji.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 41 Leki X

Część nr: 41

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki X.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 42 Leki XI

Część nr: 42

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XI.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 43 Leki XII

Część nr: 43

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XII.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 44 Immunoglobulina ludzka
Część nr: 44
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Immunoglobulina ludzka.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 45 Immunoglobulina ludzka 2
Część nr: 45
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Immunoglobulina ludzka 2.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 46 Leki XIII
Część nr: 46

- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XIII.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 47 Leki XIV
Część nr: 47
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XIV.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis

II.2.1) Nazwa:

PAKIET NR 48 Preparat żelaza

Część nr: 48

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Preparat żelaza.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość

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**

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 49 Witaminy do żywienia pozajelitowego

Część nr: 49

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

33680000

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Witaminy do żywienia pozajelitowego.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 50 Leki XV
Część nr: 50
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XV.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 51 Mannitol
Część nr: 51
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000

- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Mannitol.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 52 Leki XVI
Część nr: 52
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Leki XVI.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość**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

Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:**

PAKIET NR 53 Omeprazol

Część nr: 53

II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV

33680000

II.2.3) Miejsce świadczenia usług

Kod NUTS: PL417

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

II.2.4) Opis zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu -Omeprazol.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.

II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) Szacunkowa wartość**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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 54 Płyn wieloelektrolitowy
Część nr: 54
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Płyn wieloelektrolitowy. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
PAKIET NR 55 Antybiotyki β -laktamowe z inhibitorem
Część nr: 55
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33680000
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu
Adres: Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków dla apteki szpitalnej SPZOZ w Gostyniu - Antybiotyki β -laktamowe z inhibitorem.
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierają Formularze asortymentowo – cenowe stanowiące załącznik nr 1 do siwz oraz Wzór umowy stanowiący załącznik nr 6 do siwz.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: Termin dostawy zamówionego asortymentu / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- 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**
Strona internetowa, na której Zamawiający umieści SIWZ: <http://www.szpitalgostyn.pl> (zakładka nowy BIP)

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:
O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki udziału w postępowaniu w zakresie posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, :
Opis warunku: Wykonawca zobowiązany jest:

- a) w przypadku zaoferowania produktów leczniczych posiadać aktualną koncesję na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zobowiązany jest być wytwórcą zaoferowanego produktu leczniczego,
 b) w przypadku zaoferowania środków psychotropowych lub odurzających posiadać aktualne zezwolenie na prowadzenie obrotu hurtowego środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi.

W celu potwierdzenia spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu dotyczących posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej Wykonawca przedstawi zezwolenie na obrót produktami leczniczymi - odpowiedni dokument tj.:

- 1) kopię ważnego zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, a w przypadku składania oferty na leki psychotropowe i odurzające odpowiednio wymagane zezwolenie;
- 2) kopię ważnego zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) na wytwarzanie produktów leczniczych jeżeli Wykonawca jest wytwórcą;
- 3) w przypadku Wykonawcy prowadzącego skład konsygnacyjny – zezwolenie na prowadzenie składu konsygnacyjnego zawierające uprawnienia przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie obrotu produktami leczniczym.

III.1.2) **Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

III.1.3) **Zdolność techniczna i kwalifikacje zawodowe**

III.1.5) **Informacje o zamówieniach zastrzeżonych**

III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**

III.2.2) **Warunki realizacji umowy:**

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: 28/08/2019

Czas lokalny: 10:00

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**

IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**

Data: 28/08/2019

Czas lokalny: 10:15

Miejsce:

Otwarcie ofert nastąpi w budynku A przy Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 63-800 Gostyń, sala nr 9

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: tak

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 17a

Warszawa

02-676

Polska

VI.4.2) Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne

VI.4.3) Składanie odwołań

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

Krajowa Izba Odwoławcza

ul. Postępu 17a

Warszawa

02-676

Polska

VI.5) Data wysłania niniejszego ogłoszenia: