Ogłoszenie nr 500088481-N-2018 z dnia 23-04-2018 r.

**Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej: Dostawa produktów farmaceutycznych dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach   
  
OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA - Dostawy**

**Zamieszczanie ogłoszenia:**

obowiązkowe

**Ogłoszenie dotyczy:**

zamówienia publicznego

**Zamówienie dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**

nie

**Zamówienie było przedmiotem ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych:**

tak   
Numer ogłoszenia: 527423-N-2018

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia zostało zamieszczone w Biuletynie Zamówień Publicznych:**

nie

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

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

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, Krajowy numer identyfikacyjny 29114175200000, ul. ul. Radomska  70, 27200   Starachowice, woj. świętokrzyskie, państwo Polska, tel. 041 2745202 w. 182, e-mail pzozstarachowice.zp@interia.pl, faks 412 746 158.   
Adres strony internetowej (url): http://zoz.starachowice.sisco.info/

**I.2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO:**

Podmiot prawa publicznego

**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:**

Dostawa produktów farmaceutycznych dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach

**Numer referencyjny***(jeżeli dotyczy):*

P/08/03/2018/LEK

**II.2) Rodzaj zamówienia:**

Dostawy

**II.3) Krótki opis przedmiotu zamówienia***(wielkość, zakres, rodzaj i ilość dostaw, usług lub robót budowlanych lub określenie zapotrzebowania i wymagań )* **a w przypadku partnerstwa innowacyjnego - określenie zapotrzebowania na innowacyjny produkt, usługę lub roboty budowlane:**

Przedmiotem zamówienia jest : dostawa produktów farmaceutycznych do Apteki Szpitalnej dla potrzeb Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach ul. Radomska 70 ujętych w pakietach w ilościach uzależnionych od bieżącego zapotrzebowania wynikającego z działalności leczniczej. W załączeniu wykaz leków ( załącznik nr 6 do SIWZ) z nazwą środka farmaceutycznego w jednostkach miary i ilość przewidywanego zużycia w okresie 12 miesięcy. Leki winny spełniać warunki dopuszczenia do obrotu i stosowania na terenie Polski określone w Ustawie „Prawo farmaceutyczne” a wyroby medyczne w Ustawie o wyrobach medycznych. Dostawy winny być realizowane na koszt Wykonawcy w terminie (od 2 do 4 dni roboczych wg oferty) na podstawie zamówień oraz potrzeb składanych faxem (w nagłych przypadkach telefonicznie potwierdzonych w późniejszym czasie faxem ), transportem Wykonawcy( lub wynajętym środkiem transportu) do magazynu Apteki Szpitala Zamawiającego – PZOZ Starachowice ul. Radomska 70 . Dopuszcza się możliwość korzystania Zamawiającego z dostawy nadzwyczajnej w razie zamówienia „ na ratunek ” – dostawa w ciągu 8 godz. od zgłoszenia (leki oznaczone w zał. nr 6 do SIWZ, jeśli występują)

**II.4) Informacja o częściach zamówienia:**   
**Zamówienie było podzielone na części:**

tak

**II.5) Główny Kod CPV:** 33600000-6

**SEKCJA III: PROCEDURA**

**III.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

Przetarg nieograniczony

**III.2) Ogłoszenie dotyczy zakończenia dynamicznego systemu zakupów**

nie

**III.3) Informacje dodatkowe:**

**SEKCJA IV: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**1  **NAZWA:**Pakiet nr 1 |
|  |
| **IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**23/03/2018  **IV.2) Całkowita wartość zamówienia**  **Wartość bez VAT** 221592.59  **Waluta** PLN  **IV.3) INFORMACJE O OFERTACH**  Liczba otrzymanych ofert:  2  w tym:  liczba otrzymanych ofert od małych i średnich przedsiębiorstw:  0  liczba otrzymanych ofert od wykonawców z innych państw członkowskich Unii Europejskiej:  0  liczba otrzymanych ofert od wykonawców z państw niebędących członkami Unii Europejskiej:  0  liczba ofert otrzymanych drogą elektroniczną:  0  **IV.4) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:**0  **IV.5) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**  Zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie:  nie  Nazwa wykonawcy: Roche Polska Sp. z o.o.  Email wykonawcy: pl.przetargi@roche.pl  Adres pocztowy: ul. Domaniewska 39B  Kod pocztowy: 02-672  Miejscowość: Warszawa  Kraj/woj.: mazowieckie   Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą:  nie  Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej:  nie  Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:  nie  **IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY/ WARTOŚCI ZAWARTEJ UMOWY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIŻSZĄ I NAJWYŻSZĄ CENĄ/KOSZTEM**  **Cena wybranej oferty/wartość umowy**163047.60  Oferta z najniższą ceną/kosztem 163047.60  Oferta z najwyższą ceną/kosztem 163047.60  Waluta: PLN  **IV.7) Informacje na temat podwykonawstwa**  Wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy/podwykonawcom  nie  Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:  **IV.8) Informacje dodatkowe:** |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ NR:**2  **NAZWA:**Pakiet nr 2 |
|  |
| **IV.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**23/03/2018  **IV.2) Całkowita wartość zamówienia**  **Wartość bez VAT** 192594.44  **Waluta** PLN  **IV.3) INFORMACJE O OFERTACH**  Liczba otrzymanych ofert:  1  w tym:  liczba otrzymanych ofert od małych i średnich przedsiębiorstw:  0  liczba otrzymanych ofert od wykonawców z innych państw członkowskich Unii Europejskiej:  0  liczba otrzymanych ofert od wykonawców z państw niebędących członkami Unii Europejskiej:  0  liczba ofert otrzymanych drogą elektroniczną:  0  **IV.4) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:**0  **IV.5) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**  Zamówienie zostało udzielone wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie:  nie  Nazwa wykonawcy: Centrala Farmaceutyczna Cefarm S.A.  Email wykonawcy: przetargi@cefarm.com.pl  Adres pocztowy: ul. Jana Kazimierza 16  Kod pocztowy: 01-248  Miejscowość: Warszawa  Kraj/woj.: mazowieckie   Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą:  nie  Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej:  nie  Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:  nie  **IV.6) INFORMACJA O CENIE WYBRANEJ OFERTY/ WARTOŚCI ZAWARTEJ UMOWY ORAZ O OFERTACH Z NAJNIŻSZĄ I NAJWYŻSZĄ CENĄ/KOSZTEM**  **Cena wybranej oferty/wartość umowy**180706.46  Oferta z najniższą ceną/kosztem 180706.46  Oferta z najwyższą ceną/kosztem 180706.46  Waluta: PLN  **IV.7) Informacje na temat podwykonawstwa**  Wykonawca przewiduje powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy/podwykonawcom  nie  Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:  **IV.8) Informacje dodatkowe:** |

**IV.9) UZASADNIENIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA W TRYBIE NEGOCJACJI BEZ OGŁOSZENIA, ZAMÓWIENIA Z WOLNEJ RĘKI ALBO ZAPYTANIA O CENĘ**

**IV.9.1) Podstawa prawna**

Postępowanie prowadzone jest w trybie   na podstawie art.  ustawy Pzp.

**IV.9.2) Uzasadnienie wyboru trybu**

Należy podać uzasadnienie faktyczne i prawne wyboru trybu oraz wyjaśnić, dlaczego udzielenie zamówienia jest zgodne z przepisami.

Dyrektor PZOZ w Starachowicach

………………….

podpis osoby upoważnionej