

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:473847-2023:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Kielce: Produkty farmaceutyczne  
2023/S 149-473847**

**Ogłoszenie o zamówieniu**

**Dostawy**

**Podstawa prawna:**

Dyrektywa 2014/24/UE

**Sekcja I: Instytucja zamawiająca**

**I.1) Nazwa i adresy**

Oficjalna nazwa: Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Krajowy numer identyfikacyjny: 959-12-91-292

Adres pocztowy: ul. Grunwaldzka 45

Miejscowość: Kielce

Kod NUTS: PL721 Kielecki

Kod pocztowy: 25-736

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: Sebastian Szaniawski

E-mail: [zamowienia@wszkielce.pl](mailto:zamowienia@wszkielce.pl)

Tel.: +48 413671339

Faks: +48 413660014

**Adresy internetowe:**

Główny adres: <https://bip.wszkielce.pl>

**I.3) Komunikacja**

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

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: <https://ezamowienia.gov.pl/>

**I.4) Rodzaj instytucji zamawiającej**

Inny rodzaj: SPZOZ

**I.5) Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

**Sekcja II: Przedmiot**

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

**II.1.1) Nazwa:**

SUKCESYWNE DOSTAWY LEKÓW STOSOWANYCH W RAMACH CHEMIOTERAPII DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W KIELCACH

Numer referencyjny: EZ/137/2023/AŁD

**II.1.2) Główny kod CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

**II.1.3) Rodzaj zamówienia**

Dostawy

II.1.4) **Krótki opis:**

Przedmiotem zamówienia są „Sukcesywne dostawy leków stosowanych w ramach chemioterapii dla WSZZ w Kielcach”.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy. Informacje w zakresie zasad realizacji dostawy, gwarancji oraz wynagrodzenia zawiera załącznik nr 3 do SWZ – projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Zaoferowane produkty lecznicze muszą być dopuszczone do obrotu na zasadach określonych w art. 3 lub 4 ust. 1 i 2 lub 4a ustawy Prawo farmaceutyczne.

Oferowany przedmiot zamówienia musi być zgodny z aktualnym na dzień składania ofert Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

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 Acidum levofolinicum 4ml  
Część nr: 1

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 1 Acidum levofolinicum 4ml  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 200 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 2 Acidum levofolinicum 9ml  
Część nr: 2

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 2 Acidum levofolinicum 9ml

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 150 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 3 Carboplatinum  
Część nr: 3

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 3 Carboplatinum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 25 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 4 Cisplatinum

Część nr: 4

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 4 Cisplatinum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 25 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 5 Cyclophosphamidum 50mg

Część nr: 5

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 5 Cyclophosphamidum 50mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 20 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 6 Cyclophosphamidum 200mg  
Część nr: 6

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 6 Cyclophosphamidum 200mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 90 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 7 Cyclophosphamidum 1 000mg  
Część nr: 7

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 7 Cyclophosphamidum 1 000mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 240 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 8 Cytarabinum 100mg

Część nr: 8

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 8 Cytarabinum 100mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 20 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 9 Cytarabinum 500mg

Część nr: 9

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 9 Cytarabinum 500mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 30 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 10 Cytarabinum 1 000mg

Część nr: 10

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 10 Cytarabinum 1 000mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 290 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium

w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 11 Cytarabinum 2 000mg  
Część nr: 11

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 11 Cytarabinum 2 000mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 50 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 12 Dacarbazinum 100mg  
Część nr: 12

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 12 Dacarbazinum 100mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 20 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 13 Dacarbazinum 200mg

Część nr: 13

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 13 Dacarbazinum 200mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 50 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 14 Doxorubicinum  
Część nr: 14
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 14 Doxorubicinum  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 65 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 15 Etoposidum  
Część nr: 15
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 15 Etoposidum  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 65 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 16 Filgrastimum 30 mln j.m.  
Część nr: 16
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 16 Filgrastimum 30 mln j.m.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 400 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 17 Filgrastimum 48 mln j.m.

Część nr: 17

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 17 Filgrastimum 48 mln j.m.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 350 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 18 Idarubicini hydrochloridum 5mg

Część nr: 18

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 18 Idarubicini hydrochloridum 5mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 300 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 19 Idarubicini hydrochloridum 10mg  
Część nr: 19

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 19 Idarubicini hydrochloridum 10mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 350 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**



PAKIET NR 20 Ifosfamidum 1g  
Część nr: 20

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 20 Ifosfamidum 1g

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 250 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 21 Ifosfamidum 2g

Część nr: 21

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 21 Ifosfamidum 2g

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 150 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 22 Mercaptopurinum

Część nr: 22

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 22 Mercaptopurinum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 30 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 23 Mesnum

Część nr: 23

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 23 Mesnum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 200 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium

w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 24 Methotrexatum 5 000mg  
Część nr: 24

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 24 Methotrexatum 5 000mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 1 200 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 25 Methotrexatum 10mg  
Część nr: 25

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 25 Methotrexatum 10mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 1,50 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 26 Ondansetronum 4mg/2ml

Część nr: 26

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 26 Ondansetronum 4mg/2ml

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 40 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 27 Ondansetronum 8mg/4ml  
Część nr: 27
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 27 Ondansetronum 8mg/4ml  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 110 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 28 Ondansetronum 4mg  
Część nr: 28

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 28 Ondansetronum 4mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 8 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 29 Ondansetronum 8mg  
Część nr: 29

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 29 Ondansetronum 8mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 8 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 30 Ondansetronum 4mg

Część nr: 30

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 30 Ondansetronum 4mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**



Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 12 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 31 Ondansetronum 8mg

Część nr: 31

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 31 Ondansetronum 8mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 12 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 32 Pegaspargasum

Część nr: 32

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 32 Pegaspargasum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 21 000 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 33 Posaconazolum  
Część nr: 33

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 33 Posaconazolum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 390 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 34 Rasburicasum

Część nr: 34

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 34 Rasburicasum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 340 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 35 Tioguaninum

Część nr: 35

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 35 Tioguaninum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 140 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 36 Rituximabum 100mg

Część nr: 36

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 36 Rituximabum 100mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 450 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium

w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 37 Rituximabum 500mg  
Część nr: 37

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 37 Rituximabum 500mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 2 200 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 38 Vincristini sulfas  
Część nr: 38

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 38 Vincristini sulfas

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 330 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 39 Arsenii trioxidum

Część nr: 39

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 39 Arsenii trioxidum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 1 200 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 40 Bleomycini sulphas  
Część nr: 40
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 40 Bleomycini sulphas  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie



- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 15 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 41 Bortezomibum 1mg  
Część nr: 41
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 41 Bortezomibum 1mg  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 65 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 42 Bortezomibum 2,5mg  
Część nr: 42
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 42 Bortezomibum 2,5mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 65 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 43 Bortezomibum 3,5mg

Część nr: 43

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 43 Bortezomibum 3,5mg

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 450 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 44 Busulfanum

Część nr: 44

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 44 Busulfanum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 100 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 45 Calcii folinas  
Część nr: 45

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 45 Calcii folinas  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 20 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 46 Chlorambucilum  
Część nr: 46

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 46 Chlorambucilum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 10 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 47 Cladribinum  
Część nr: 47

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 47 Cladribinum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 70 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 48 Epirubicini hydrochloridum

Część nr: 48

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 48 Epirubicini hydrochloridum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 1 700 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 49 Gemcitabinum

Część nr: 49

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 49 Gemcitabinum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 400 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium

w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 50 Imatinibum  
Część nr: 50

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 50 Imatinibum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 950 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 51 Irinotecani hydrochloridum trihydricum  
Część nr: 51

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska



Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 51 Irinotecani hydrochloridum trihydricum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 155 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 52 Melphalanum

Część nr: 52

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 52 Melphalanum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**  
Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 1 100 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**  
PAKIET NR 53 Nelarabinum  
Część nr: 53
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**  
33600000 Produkty farmaceutyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**  
Kod NUTS: PL Polska  
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:  
Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45
- II.2.4) **Opis zamówienia:**  
PAKIET NR 53 Nelarabinum  
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**  
Kryteria określone poniżej  
Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20  
Cena - Waga: 80
- 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.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**  
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 6 400 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 54 Paclitaxelum  
Część nr: 54

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 54 Paclitaxelum

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 350 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

PAKIET NR 55 Vinorelbium  
Część nr: 55

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

33600000 Produkty farmaceutyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL Polska

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Apteka Szpitalna Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45

II.2.4) **Opis zamówienia:**

PAKIET NR 55 Vinorelbium

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz ilości określono w załączniku od nr 2 SWZ - formularz asortymentowo - cenowy.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: Termin płatności faktury / Waga: 20

Cena - Waga: 80

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

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

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Wykonawca przystępujący do udziału w postępowaniu zobowiązany jest do wniesienia wadium w wysokości: 450 PLN. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert (w przypadku wnoszenia wadium w formie pieniężnej wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego o skuteczności wniesienia decyduje data uznania rachunku bankowego Zamawiającego).

**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 posiadają uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów rozumiane jako:

Wykonawca posiada aktualne zezwolenie na wykonywanie działalności gospodarczej – prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w zakresie zaopatrywania podmiotów leczniczych (prowadzenie składu konsygnacyjnego) wytwarzanie lub import produktów leczniczych - stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo Farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. 2022 r. poz. 2301 ze zm.) lub inne zezwolenie, decyzję administracyjną

wydane na podstawie obowiązujących przepisów prawa, na podstawie którego Wykonawca świadczy dostawy w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.

W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (w szczególności członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej) warunek udziału w postępowaniu może spełniać jeden z wykonawców samodzielnie, lub wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia łącznie.

W celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu wykonawca którego oferta została najwyżej oceniona będzie musiał złożyć aktualne zezwolenie na wykonywanie działalności gospodarczej – prowadzenie hurtowni farmaceutycznej w zakresie zaopatrywania podmiotów leczniczych/prowadzenie składu konsygnacyjnego/wytwarzanie lub import produktów leczniczych - stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 września 2001r prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019r. poz. 499) lub inne zezwolenie/decyzję administracyjną wydane/ą na podstawie obowiązujących przepisów prawa na podstawie którego/j Wykonawca świadczy dostawy w zakresie objętym przedmiotowym zamówienia w przypadku gdy obrót asortymentem w danym pakiecie wymaga ww. zezwolenia Wykonawcy.

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

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Zamawiający wyklucza Wykonawcę na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1) lit. a), b), c), d), e), f), g), h); pkt 2); pkt 3); pkt 4); pkt 5); pkt 6) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j.: Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.) zwanej dalej u.p.z.p.

Z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Zamawiający wyklucza Wykonawcę na podstawie art. 109 ust 1 pkt 5), 7), 8) tj.:

Zgodnie z treścią art. 110 ust 3 u.p.z.p. Wykonawca, nie podlega wykluczeniu w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5, lub art. 109 ust. 1 pkt 5 i pkt 7#8, jeżeli udowodni zamawiającemu, że spełnił łącznie następujące przesłanki art. 110 ust. 2 pkt. 1); 2); 3) lit a), b), c) d), e) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j.: Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.) zwanej dalej u.p.z.p.

Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się oraz zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie zakazuje się udziału rosyjskich wykonawców w zamówieniach publicznych i koncesjach udzielanych we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

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

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Podmiotowe środki dowodowe, dla wykonawcy którego oferta została najwyżej oceniona:

- informacji z Krajowego Rejestru Karnego sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem, w zakresie określonym w:

art. 108 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy u.p.z.p

art. 108 ust 1 pkt 4 u.p.z.p. dotyczącej orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka karnego.

- oświadczenie Wykonawcy o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową albo oświadczenie o przynależności do tej samej grupy kapitałowej

wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej - art. 108 ust 1 pkt 5 u.p.z.p.

- oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji - załącznik nr 7 do SWZ
- jeżeli wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 u.p.z.p.

Wykonawca składa podmiotowe środki dowodowe potwierdzające brak podstaw do wykluczenia podmiotów udostępniających zasoby w następującym zakresie:

informacji z Krajowego Rejestru Karnego sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem, w zakresie określonym w: art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 ustawy u.p.z.p oraz oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby o aktualności informacji – zał. nr 7 do SWZ.

### III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**

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

a) Sukcesywne dostawy wg bieżących potrzeb Zamawiającego do Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach przez okres 12 miesięcy od dnia podpisania umowy, a w przypadku nie wybrania całości przedmiotu zamówienia, do wyczerpania asortymentu wg potrzeb Zamawiającego nie dłużej niż 15 miesięcy od daty zawarcia umowy po cenach zawartych w umowie.

b) Realizacja dostaw w terminie do 3 dni roboczych od daty złożenia pisemnego zamówienia przesłanego faxem lub e-mailem.

c) Zamówienia składane przez zamawiającego będą wynikać z bieżących i uzasadnionych potrzeb, co jest równoważne z możliwością niezrealizowania przedmiotu zamówienia w ilościach określonych w załącznikach do SWZ.

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

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie

### IV.2) **Informacje administracyjne**

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

Data: 31/08/2023

Czas lokalny: 09:00

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

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

Polski

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

Oferta musi zachować ważność do: 28/11/2023

#### IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**

Data: 31/08/2023

Czas lokalny: 09:30

Miejsce:

Otwarcie ofert nastąpi przy użyciu Platformy e-Zamówienia poprzez rozszyfrowanie ofert złożonych za pośrednictwem platformy.

## **Sekcja VI: Informacje uzupełniające**

VI.1) **Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie

VI.3) **Informacje dodatkowe:**

oferta winna zawierać:

- Formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SWZ,
  - formularz asortymentowo - cenowy - załącznik nr 2 do SWZ
  - oświadczenie Wykonawcy, składane w oparciu o art. 125, iż nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 5), 7), 8) oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 R.
  - oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby na zdolnościach lub sytuacji którego polega Wykonawca (art. 118 u.p.z.p.), składanego w oparciu o art. 125 ust 5 u.p.z.p. na formularzu JEDZ/ESPD, iż nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 5 i pkt 7#8 ustawy Pzp oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 roku - załącznik nr 4 do SWZ
  - oświadczenie, że w stosunku do wykonawcy nie zachodzi podstawa wykluczenia przewidziana w art. 5k rozporządzenia 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. - załącznik nr 5 do SWZ
  - oświadczenie w myśl postanowień art. 117 ust. 4 upzp. - załącznik nr 6 do SWZ
  - w przypadku, gdy wykonawca polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 ust 1 u.p.z.p. w celu oceny, czy stosunek łączący Wykonawcę z podmiotami udostępniającymi zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów Wykonawca składa zobowiązanie podmiotu udostępnianego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji danego zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów.
  - oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, że w stosunku niego nie zachodzi podstawa wykluczenia przewidziana w art. 5k rozporządzenia 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1) - jeżeli wykonawca polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby - załącznik nr 5 do SWZ
  - dowód wniesienia wadium;
  - aktualny dokument potwierdzający zasady reprezentacji wykonawcy tj. KRS, CEiDG lub innego właściwego rejestru.
  - w przypadku, gdy wykonawcę reprezentuje pełnomocnik – pełnomocnictwo.
  - w przypadku oferty składanej przez wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia – aktualny dokument potwierdzający ustanowienie pełnomocnika do reprezentowania.
- Zamawiający dopuszcza komunikację Wykonawcy i Zamawiającego za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: [anna.dobrowolska@wszskielce.pl](mailto:anna.dobrowolska@wszskielce.pl) (nie dotyczy składania ofert).

VI.4) **Procedury odwoławcze**

VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: <http://uzp.gov.pl>

VI.4.3) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Środki ochrony prawnej przysługują Wykonawcy oraz innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów u.p.z.p.

Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia oraz dokumentów zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 469 pkt 15, oraz Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców

Odwołanie przysługuje na:

- niezgodną z przepisami ustawy czynność zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym na projektowane postanowienie umowy
- zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do której zamawiający był obowiązany na podstawie ustawy;

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej..

Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej oraz postanowienie Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy Pzp, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu. Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie za pośrednictwem Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej.

Szczegółowe informacje dotyczące środków ochrony prawnej określone są w Dziale IX „Środki ochrony prawnej” ustawy Pzp.

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

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul. Postępu 17a

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Państwo: Polska

E-mail: [odwolania@uzp.gov.pl](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)

Tel.: +48 224587801

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: <http://uzp.gov.pl>

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

31/07/2023