

## **OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA**

### **dostawa produktów leczniczych**

1 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

UNIA EUROPEJSKA Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

### **SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA**

#### **I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE**

Oficjalna nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie

Adres pocztowy: ul. Kościelna 124

Miejscowość: Parczew Kod pocztowy: 21-200 Kraj: Polska

Punkt kontaktowy: Tel.: 083 3552113

Osoba do kontaktów: Marianna Korniluk PL-21-200 Parczew

E-mail: [zaopspzozparczew@wp.pl](mailto:zaopspzozparczew@wp.pl) Faks: 083 3552113

Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)

Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.spzozparczew.pl](http://www.spzozparczew.pl)

#### **I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY**

DZIAŁALNOŚCI: Zdrowie

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających: nie  
t

### **dostawa produktów leczniczych**

2 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

### **SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

#### **II.1) OPIS**

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

dostawa produktów leczniczych

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię - roboty budowlane, dostawy lub usługi - która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

a) Roboty budowlane b) Dostawy c) Usługi

Kupno

C), czy zgadzają się Państwo na publikację niniejszego ogłoszenia? tak

Główne miejsce realizacji dostawy :SPZOZ Parczew Apteka

Kod NUTS PL31

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy (jeżeli dotyczy)

Zawarcia umowy ramowej. Zamówień w ramach Dynamicznego Systemu Zakupów (DSZ)

II.1.4) Krótki opis zamówienia lub zakupu

Leki w postaci ampułek, tabletek, odżywkę, płyny infuzyjne, krople, syropy, substancje

II.1.5) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

Słownik główny Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)

Główny przedmiot 24400000

II.1.6) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA) nie

#### **II.2) CAŁKOWITA KOŃCOWA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**

II.2.1) Całkowita końcowa wartość zamówienia

(Proszę podać tylko całkowitą wartość końcową obejmującą wszystkie zamówienia, części i opcje; informacje na temat poszczególnych zamówień proszę podać wypełniając sekcję

V. Udzielenie zamówienia)

Wartość 465670.09 Waluta PLN Bez VAT łącznie

przy

LUB Najniższa oferta / najwyższa oferta

brana pod uwagę

Waluta przy

### **dostawa produktów leczniczych**

3 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

#### **SEKCJA IV: PROCEDURA**

##### **IV.1) RODZAJ PROCEDURY**

IV.1.1) Rodzaj procedury: Otwarta

##### **IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć właściwe pola)

Najniższa cena

IV.2.2) Wykorzystano aukcję elektroniczną nie

##### **IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)

SPZOZ.V.ZM-2110/5/2008

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia tak

Ogłoszenie o zamówieniu Numer ogłoszenia w Dz.U.: 2008 /S - 100059 z dnia 14/04/2008

(dd/mm/rrrr)

Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)

### **dostawa produktów leczniczych**

4 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

#### **SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (1)**

ZAMÓWIENIE NR: 1 NAZWA Albuminy ludzkie 20%

##### **V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:**

30/06/2008 (dd/mm/rrrr)

V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 0

##### **V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość::

Kod pocztowy

Kraj:

E-mail:            Tel.:

Faks:

##### **V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

**Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)**

Wartość: 941935.95 Waluta PLN przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość .00 Waluta PLN

przy

*LUB* Najniższa oferta / najwyższa oferta

brana pod uwagę

Waluta przy

**Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:**

liczbę lat *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA nie**

**Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :**

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

**Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)**

**dostawa produktów leczniczych 5 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL**

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (2)**

**ZAMÓWIENIE NR: 2 NAZWA Amputki I**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 2**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

E-mail: Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

**Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)**

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość .00 Waluta PLN

przy

*LUB* Najniższa oferta / najwyższa oferta

brana pod uwagę

Waluta przy

**Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:**

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA** nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

**Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)**  
**dostawa produktów leczniczych**

6 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (3)**

**ZAMÓWIENIE NR: 3 NAZWA** Amputki II

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 2

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: PROSPER Spółka Akcyjna Oddział Lublin,

Adres pocztowy: Inżynierska 8A

Miejscowość: Lublin Kod pocztowy: 20-484

Kraj: Polska

E-mail: Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość Waluta

przy

LUB Najniższa oferta 55609.90 / najwyższa oferta 56213.60 brana pod uwagę

Waluta PLN bez VAT

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA** nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

**Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)**

**dostawa produktów leczniczych**

7 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (4)**

**ZAMÓWIENIE NR: 4 NAZWA** Cefuroxinum ampułki

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 5

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: PROSPER Spółka Akcyjna Oddział Lublin

Adres pocztowy: Inżynierska 8A

Miejscowość: Lublin Kod pocztowy: 20-484

Kraj: Polska

E-mail:            Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                            Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 45316.00 / najwyższa oferta 48344.00

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, *proszę podać:*

liczbę lat    *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**

tnie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                            Waluta    Proporcja:    % Nieznana

**Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)***  
**dostawa produktów leczniczych**

8 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (5)**

**ZAMÓWIENIE NR: 5 NAZWA Cefuroxinum tabletki**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 3**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: PROSPER Spółka Akcyjna Oddział Lublin,

Adres pocztowy: Inżynierska 8A

Miejscowość: Lublin Kod pocztowy: 20-484

Kraj: Polska

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                            Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 20087.00 / najwyższa oferta 22240.00

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, *proszę podać:*

liczbę lat    *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**

tnie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                      Waluta      Proporcja:      % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*

**dostawa produktów leczniczych**

9 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (6)**

**ZAMÓWIENIE NR: 6 NAZWA Leki różne**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 1**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: SANOFI-AVENTIS Sp. z.o.o.

Adres pocztowy: Domaniewska 41

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 02-672

Kraj: Polska

E-mail:              Tel.:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

**Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)***

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                      Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 76459.00 / najwyższa oferta

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat      *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA nie**

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                      Waluta      Proporcja:      % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*

**dostawa produktów leczniczych**

10 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (7)**

**ZAMÓWIENIE NR: 7 NAZWA Nadroparin calcium**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 1**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: GSK Services Sp. z o.o.

Adres pocztowy: Grunwaldzka 189



brana pod uwagę

Waluta  
przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**  
nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)

**dostawa produktów leczniczych**

12 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (9)**

**ZAMÓWIENIE NR: 9 NAZWA Odżywki**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 1**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: CEZAL LUBLIN Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Lecznictwa Sp.z o.o.

Adres pocztowy: Spółdzielczości Pracy 38

Miejscowość: Lublin Kod pocztowy: 20-147

Kraj: Polska

E-mail: Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)

Wartość: 841935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość Waluta

przy

LUB Najniższa oferta 5996.91 / najwyższa oferta

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12



**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**  
nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                      Waluta      Proporcja:      % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*

**dostawa produktów leczniczych**

13 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (10)**

**ZAMÓWIENIE NR: 10 NAZWA** Paski do badania cukru

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 30/06/2008 *(dd/mm/rrrr)*

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 4

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.,

Adres pocztowy: Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice Kod pocztowy: 40-541

Kraj: Polska

E-mail:              Tel.:

Faks:

Adres internetowy

*(URL):*

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                      Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 10782.20 / najwyższa oferta 11349.43

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, *proszę podać:*

liczbę lat      *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**  
nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                      Waluta      Proporcja:      % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*

**dostawa produktów leczniczych**

14 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (11)**

**ZAMÓWIENIE NR: 11 NAZWA** Płyny infuzyjne I



Kraj: Polska

E-mail:            Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                            Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 15337.50 / najwyższa oferta 15405.00

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat    *LUB* liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**

nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT:                            Waluta    Proporcja:    % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*  
**dostawa produktów leczniczych**

16 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (13)**

**ZAMÓWIENIE NR: 13 NAZWA Substancje**

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA: 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)**

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT: 1**

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: FARMACOL S.A.,

Adres pocztowy: Rzepakowa 2

Miejscowość: Katowice Kod pocztowy: 40-541

Kraj: Polska

E-mail:            Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia *(jeżeli dotyczy)*

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość                            Waluta

przy

*LUB* Najniższa oferta 13556.52 / najwyższa oferta brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:  
liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**  
nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)  
**dostawa produktów leczniczych**

17 /24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (14)**

**ZAMÓWIENIE NR: 14 NAZWA** Krople i syropy

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 1

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**

Oficjalna nazwa: PROSPER Spółka Akcyjna Oddział Lublin

Adres pocztowy: Inżynierska 8A

Miejscowość: Lublin Kod pocztowy: 20-484

Kraj: Polska

E-mail: Tel.:

Faks:

**V.4) INFORMACJE NA TEMAT WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Początkowa szacunkowa całkowita wartość zamówienia (jeżeli dotyczy)

Wartość: 941935.95 Waluta PLN bez VAT przy

**Całkowita końcowa wartość zamówienia**

Wartość Waluta

przy

LUB Najniższa oferta 58491.96 / najwyższa oferta

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**  
nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom (jeżeli jest znana)  
**dostawa produktów leczniczych**

18 /24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA V: UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (15)**

**ZAMÓWIENIE NR: 15 NAZWA** Tabletki I

**V.1) DATA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:** 30/06/2008 (dd/mm/rrrr)

**V.2) LICZBA OTRZYMANYCH OFERT:** 2

**V.3) NAZWA I ADRES WYKONAWCY, KTÓREMU UDZIELONO ZAMÓWIENIA**



LUB Najniższa oferta 4902.00 / najwyższa oferta 16673.25

brana pod uwagę Waluta PLN bez VAT

przy

Jeżeli jest to wartość roczna lub miesięczna, proszę podać:

liczbę lat LUB liczbę miesięcy 12

**V.5) PRZEWIDYWANE JEST ZLECENIE PODWYKONAWSTWA W RAMACH ZAMÓWIENIA**

nie

Jeżeli tak, wartość lub część zamówienia, która będzie zlecona stronom trzecim :

Wartość bez VAT: Waluta Proporcja: % Nieznana

Krótki opis wartości/części zamówienia, która będzie zlecona podwykonawcom *(jeżeli jest znana)*  
**dostawa produktów leczniczych**

20 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**VI.1) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU I/LUB PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH**

nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

**VI.2) INFORMACJE DODATKOWE** *(jeżeli dotyczy)*

**VI.3) PROCEDURY ODWOŁAWCZE**

**VI.3.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: Krajowa Izba Odwoławcza przy Prezesie Urzędu Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Al.Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 00-582

Kraj: Polska

E-mail: [uzp@uzp.gov.pl](mailto:uzp@uzp.gov.pl) Tel.: 48-22-458-77-77

Faks: 48-22-458-77-00

Adres

internetowy

(URL):

[www.uzp.gov.pl](http://www.uzp.gov.pl)

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** *(jeżeli dotyczy)*

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres

internetowy

(URL):

**VI.3.2) Składanie odwołań** *(proszę wypełnić pkt VI.3.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.3.3)*

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Urzędu w terminie 5 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia protestu lub

upływu terminu rozstrzygnięcia protestu na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych z dnia 29 stycznia

2004r (tekst jednolity z 2006r Dz. U. nr 164, poz. 1163 ze zmianami).

**dostawa produktów leczniczych**

21 /24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**VI.3.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: Urząd Zamówień Publicznych

Adres pocztowy: Al.Szucha 2/4

Miejscowość: Warszawa Kod pocztowy: 00-485

Kraj: Polska

E-mail:

Tel.:

Faks:

Adres

internetowy

(URL):

**VI.4) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

10/07/2008 (dd/mm/rrrr)

**dostawa produktów leczniczych**

22 /24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL

**ZAŁĄCZNIK C**

*Kategorie usług, o których mowa w Sekcji II: Przedmiot Zamówienia*

**Kategoria nr**

**[1] Przedmiot**

1 Usługi konserwacyjne i naprawcze

2 Usługi transportu lądowego [2], w tym usługi samochodów opancerzonych oraz usługi kurierskie, z wyjątkiem przewozu poczty

3 Usługi transportu lotniczego pasażerów i towarów, z wyjątkiem transportu poczty

4 Transport poczty drogą lądową [3] i lotniczą

5 Usługi telekomunikacyjne

6 Usługi finansowe: a) usługi ubezpieczeniowe b) usługi bankowe i inwestycyjne [4]

7 Usługi komputerowe i usługi z nimi związane

8 Usługi badawcze i rozwojowe [5]

9 Usługi w zakresie księgowości, audytu oraz prowadzenia ksiąg rachunkowych

10 Usługi badania rynku i opinii publicznej

11 Usługi konsultacyjne w zakresie zarządzania [6] i usługi z nimi związane

12 Usługi architektoniczne, inżynieryjne i zintegrowane usługi inżynieryjne; usługi urbanistyczne,

architektury krajobrazu, związane z nimi usługi konsultacji naukowych i technicznych; usługi badań i analiz technicznych

13 Usługi reklamowe

14 Usługi sprzątnięcia budynków i usługi zarządzania mieniem

15 Usługi w zakresie publikowania i drukowania – wykonywane z tytułu wynagrodzenia lub umowy

16 Usługi w dziedzinie odprowadzania ścieków i wywozu nieczystości; usługi sanitarne i podobne

**Category No**

**[7] Przedmiot**

- 17 Usługi hotelarskie i restauracyjne
- 18 Usługi transportu kolejowego
- 19 Usługi transportu wodnego
- 20 Dodatkowe i pomocnicze usługi transportowe
- 21 Usługi prawnicze
- 22 Usługi rekrutacji i pozyskiwania personelu [8]
- 23 Usługi detektywistyczne i bezpieczeństwa, z wyjątkiem usług samochodów opancerzonych
- 24 Usługi edukacyjne i szkoleniowe
- 25 Usługi społeczne i zdrowotne
- 26 Usługi rekreacyjne, kulturalne oraz sportowe [9]
- 27 Inne usługi [8 9]

**1. Kategorie usług w rozumieniu art. 1 ust. 2 lit. d) i załącznika IIA do dyrektywy 2004/18/WE.**

2. Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

3. Z wyjątkiem usług transportu kolejowego, ujętych w kategorii 18.

4. Z wyjątkiem usług finansowych związanych z wystawianiem, sprzedażą, zakupem lub transferem papierów

wartościowych albo innych instrumentów finansowych oraz usługi banku centralnego.

Również wyłączone: usługi obejmujące nabycie lub najem – w drodze dowolnych procedur finansowych

– gruntu, istniejących budynków lub innych nieruchomości, albo dotyczące praw do nich; mimo to usługi

**dostawa produktów leczniczych**

*23 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL*

finansowe świadczone jednocześnie, przed lub po umowie dotyczącej nabycia lub najmu, w dowolnej formie,

podlegają niniejszej dyrektywie.

5. Z wyjątkiem usług dotyczących badań i rozwoju innych niż takie, gdzie korzyści czerpie wyłącznie instytucja

zamawiająca w celu wykorzystania ich we własnej działalności, pod warunkiem, że świadczona usługa została

w pełni wynagrodzona przez instytucję zamawiającą.

6. Z wyjątkiem usług arbitrażowych i concyliacyjnych

**7. Kategorie usług w rozumieniu art. 1 ust. 2 lit. d) załącznika IIB do dyrektywy 2004/18/WE.**

8. Z wyjątkiem umów o pracę.

9. Z wyjątkiem umów dotyczących nabycia, opracowania, produkcji i koprodukcji materiałów programowych

przez nadawców oraz umów dotyczących czasu emisji.

**dostawa produktów leczniczych**

*24 / 24 SIMAP2\_parczew 10.07.2008 08:36 AM MEST- ID:2008-072011 Formularz standardowy 3 – PL*

**ZAŁĄCZNIK D**

**OGŁOSZENIE O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA**

**Uzasadnienie wyboru procedury negocjacyjnej bez uprzedniego ogłoszenia**

Przyczyna wyboru procedury negocjacyjnej bez uprzedniego ogłoszenia o zamówieniu musi być zgodna z



odpowiednimi artykułami dyrektywy 2004/18/WE.

*(Proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))*

a) Brak ofert lub brak odpowiednich ofert w odpowiedzi na:

- procedurę otwartą
- procedurę ograniczoną

b) Produkty będące przedmiotem zamówienia są wytwarzane wyłącznie do celów prac badawczych, eksperymentalnych, naukowych lub rozwojowych, zgodnie z warunkami określonymi w dyrektywie *(wyłącznie dla dostaw)*

c) Roboty *budowlane/ dostawy/ usługi* mogą być zrealizowane tylko przez określonego oferenta z przyczyn:

- technicznych
- artystycznych
- związanych z ochroną praw wyłącznych

d) Ze względu na wystąpienie pilnej konieczności spowodowanej wydarzeniami, których instytucja zamawiająca

nie mogła przewidzieć oraz zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie

e) Dodatkowe roboty *budowlane/ dostawy/ usługi* są zamawiane zgodnie z warunkami ściśle określonymi w dyrektywie

h) Dostawy towarów notowanych i nabywanych na giełdzie towarowej

i) Nabycie dostaw na szczególnie korzystnych warunkach:

- od dostawcy, który ostatecznie likwiduje swoją działalność
- od syndyków masy upadłości lub likwidatorów, umowa z wierzycielami lub podobna procedura

j) Wszystkie oferty przedłożone w odpowiedzi na procedurę otwartą, procedurę ograniczoną lub dialog

konkurencyjne były nieprawidłowe lub niemożliwe do przyjęcia. Do procedury negocjacyjnej zostali dopuszczeni

wyłącznie oferenci, którzy spełnili kryteria kwalifikacji podmiotowej.