Znak sprawy : DZP/381/130A/2017 Katowice 11.01.2018

 **Do wszystkich wykonawców**

**ZMIANA TREŚCI SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**I OGŁOSZENIA O ZAMÓWIENIU**

Dotyczy postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę produktów leczniczych

Zamawiający na podstawie art. 38 ust.4 ustawy Prawo zamówień publicznych dokonuje zmiany treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia poprzez:

1. zmianę określenia przedmiotu zamówienia w załączniku 4.3,4.5,4.30,4.40 - w załączeniu zmienione załączniki .
2. dodanie dwóch kolejnych części zamówienia

Część 43- **Immunoglobulinum humanum anty D I**

Część 44 - **Immunoglobulinum humanum anty D II**

**W SIWZ zostaje dodane:**

W pkt. III.1 – w załącznikach 4.1- 4.44

Część 43- Immunoglobulinum humanum anty D I

Część 44 - Immunoglobulinum humanum anty D II

W pkt.VIII.1 – wadium wynosi :

 dla części 43 – 3501,00zł

 dla części 44 – 2818,00zł

W pkt. X 5. 3)- załącznik nr od 4.1 do 4.44 specyfikacji

W pkt. XII.5. – załącznik od 4.1 do 4.44

Zostaje dodany :

Załącznik 4.43, 4.44– Formularze cenowe Wyszczególnienie asortymentowe i ilościowe przedmiotu zamówienia – w załączeniu

**Pozostałe załączniki do specyfikacji istotnych warunków zamówienia tj.**

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – formularz oświadczeń

Załącznik nr 3 – formularz oświadczeń o przynależności /braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej

Załącznik nr 5 – formularz oświadczeń wykonawcy składanych na wezwanie zamawiającego

Załącznik nr 6 – wzór umowy

 Pozostają bez zmian i obowiązują dla dodanych części 43 i 44.

Zamawiający informuje,iż w wyniku zmiany treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia dotyczącego określenia przedmiotu stosownie do art. 12a ust.2 ustawy Pzp przedłuża termin składania ofert.

Zmianie ulegają następujące terminy:

**Termin składania ofert upływa dnia 09.02.2018r. o godz. 10:00**

 **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 09.02.2018r. o godz. 10:30**

 **Oferta musi zachować ważność do 09.04.2018r.**

Miejsce składania i otwarcia ofert nie ulegają zmianie obowiązują zgodnie z zapisem w pkt. XI SIWZ.

Jednocześnie Zamawiający informuje ,iż przekazał Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej – Sprostowanie Ogłoszenie zmian lub dodatkowych informacji w zakresie obejmującym powyższe informacje , po opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej zostaną zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego.

 

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.3 **ZMIENIONY**

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 3 – Płyny infuzyjne III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Pojemność  | J.m. | Wymagana ilość  | Ilośćw opakowaniu | IlośćOpakowań\*\* | Cena jednost.netto (za opakowanie )  | Wartość netto | Podatek VAT% | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 1 |  | Natrium chloratum 0,9% (**butelka stojąca** z 2 niezależnymi portami ) | 100 ml | szt. | 160000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Natrium chloratum 0,9% (**butelka stojąca** z 2 niezależnymi portami) | 250 ml | szt. | 55000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Natrium chloratum 0,9% szkło | 250 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Natrium chloratum 0,9% (**butelka stojąca** z 2 niezależnymi portami) | 500 ml | szt. | 52000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Natrium chloratum 0,9% szkło | 500ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  **Razem**  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 8) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.6) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.7) \*\*ilość opakowań (kol.8) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.5 **ZMIENIONY**

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5 – Płyn wieloelektrolitowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Pojemność  | J.m. | Wymagana ilość  | Ilośćw opakowaniu | IlośćOpakowań\*\* | Cena jednost.netto (za opakowanie )  | Wartość netto | Podatek VAT% | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 1 |  | Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny (**butelka stojąca** z 2 niezależnymi portami) | 500ml | szt. | 80000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny (**butelka stojąca**  z 2 niezależnymi portami) | 1000ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  **Razem**  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 8) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.6) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.7) \*\*ilość opakowań (kol.8) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.30 **ZMIENIONY**

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 30 – Infliximab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.netto (za sztukę )  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Infliximab | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji**stosowany w** **programie lekowym B32 oraz B55** | 0,1g | szt. | 400 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.40 **ZMIENIONY**

............................................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 40– Immunoglobulinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.netto (**za gram poz.1)****za sztukę**  poz.2 i 3  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Zestaw dwóch fiolek: fiolka normalnej immunoglobuliny ludzkiej (Rozkład podklas Ig – wartości przybliżone: IgGI ≥ 56,9%, IgG2 ≥ 26,6%, IgG3 ≥ 3,4%, IgG4 ≥ 1,7%. Max. zawatość IgA 140mcg/ml) i fiolka rekombinowanej hialuronidazy ludzkiej (rHuPH20). Dawka 2,5g; 5g; 10g; 20g; 30g wskazywane każdorazowo w zamówieniu. | roztwór do infuzji | 0,1g/ml | g | 1000 |  |  |  |  |
|  |  | Dren do infuzji z komorą kropelkową z 15µm filtrem, kompatybilny z pompą do infuzji Body Guard 323 colorvision. | - | - | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Igła do podawania immunoglobuliny podskórnej wkuwalna pod kątem 90 stopni, z możliwością podawania leku z prędkością do 300ml/h, wyposażona w dren typu luer-lock, rozmiar igły 6mm, 9mm, 12mm, 16mm (w zależności od potrzeb zamawiającego) |  |  | szt. | 100 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.43

............................................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 43– Immunoglobulinum humanum anty D I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.netto za sztukę  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 150mcg/ml | szt. | 500 |  |  |  |  |
| 2 |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 50mcg/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/130A/2017

Załącznik nr 4.44

............................................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 44 – Immunoglobulinum humanum anty D II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.netto (za sztukę )  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 300mcg/2ml | szt. | 360 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy