



„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.

Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław

Tel. 71/ 77-66-212 Fax: 71/ 77-66-200 Fax kom. 519-134-307

e`mail: sekretariat@dczp.wroclaw.pl www.dczp.wroclaw.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabryczna VI Wydział Gospodarczy

NIP:895-196-51-26 KRS:0000348483 REGON:021184819

Kapitał Zakładowy: 53 214 000,00 zł

Wrocław, dnia 29.05.2014r

Do wszystkich Oferentów postępowania nr 7/LEKI/DCZP/2014/P
Dot. Przetargu nieograniczonego na „ Sukcesywną dostawa produktów leczniczych i wyrobów medycznych do apteki szpitalnej na potrzeby „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.”

Wyjaśnienie treści SIWZ

Pytanie nr 1:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie z zadania nr 3 pozycji 45 i 46? Wydzielenie umożliwi zwiększenie konkurencyjności ofert i zaproponowanie Zamawiającemu korzystnych cen producenta.

W przypadku pozytywnej odpowiedzi uprzejmie prosimy o wyznaczenie wysokości wadium.

Odpowiedź Zamawiającego:

Zamawiający wyraża zgodę na wydzielenie z Zadania nr 3 następujących pozycji 45-46 do osobnego Zadania nr 3A.

Pytanie nr 2:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie z zadania nr 12 pozycji 30-31 oraz 64-65 i utworzenie z nich odrębnego zadania? Wydzielenie umożliwi zwiększenie konkurencyjności ofert i zaproponowanie Zamawiającemu korzystnych cen producenta.

W przypadku pozytywnej odpowiedzi uprzejmie prosimy o wyznaczenie wysokości wadium.

Odpowiedź Zamawiającego:

Zamawiający wyraża zgodę na wydzielenie z Zadania nr 12 następujących pozycji 30-31 oraz pozycji 64-65 do osobnego Zadania nr 12B.

Wobec wydzielenia z Zadania nr 3 pozycji 45-46 i utworzenia Zadania 3A oraz wydzielenia z Zadania nr 12 pozycji: 30-31 oraz pozycji 64-65 i utworzenia Zadania 12B Zamawiający zmienia treść SIWZ w pozycji:

XII. WADIUM

1. Zamawiający żąda od Wykonawców wniesienia wadium w wysokości:

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| 1) dla zadania nr 1 w wysokości: | 916,00 zł |
| 2) dla zadania nr 1A w wysokości: | 44,00 zł |
| 3) dla zadania nr 2 w wysokości: | 520,00 zł |
| 4) dla zadania nr 2A w wysokości: | 290,00 zł |
| 5) dla zadania nr 3 w wysokości: | 324,00 zł |
| 6) dla zadania nr 3A w wysokości: | 8,00 zł |
| 7) dla zadania nr 4 w wysokości: | 80,00 zł |
| 8) dla zadania nr 5 w wysokości: | 6,00 zł |
| 9) dla zadania nr 6 w wysokości: | 87,00 zł |
| 10) dla zadania nr 7 w wysokości: | 440,00 zł |
| 11) dla zadania nr 8 w wysokości: | 135,00 zł |
| 12) dla zadania nr 9 w wysokości: | 410,00 zł |
| 13) dla zadania nr 10 w wysokości: | 3 015,00 zł |
| 14) dla zadania nr 11 w wysokości: | 65,00 zł |

15) dla zadania nr12 w wysokości:	6 950,00 zł
16) dla zadania nr12A w wysokości:	1 820,00 zł
17) dla zadania nr12B w wysokości:	1 020,00 zł
18) dla zadania nr 13 w wysokości:	1 710,00 zł
19) dla zadania nr 14 w wysokości:	20,00 zł
20) dla zadania nr 15 w wysokości:	420,00 zł
21) dla zadania nr 16 w wysokości:	145,00 zł
22) dla zadania nr 17 w wysokości:	19,00 zł

XIV. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Termin składania ofert upływa w dniu: **04.06.2014r. o godz. 10:00**
2. Miejsce składania ofert: **„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą ul. Wybrzeże J. C Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław - Sekretariat.**
3. Ofertę można złożyć osobiście w siedzibie Zamawiającego lub przesłać pocztą.
4. Termin otwarcia ofert: **04.06.2014r. o godz. 11:00**

Poniżej Zamawiający przedstawia wzór formularza cenowego dla Zadania 3A i dla Zadania 12B.

Nazwa i adres Wykonawcy.....

Załącznik nr 2.3A do
SIWZ

Nr sprawy: 7/LEKI/DCZP/2014/P

FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr 3A

Lp	Nazwa artykułu	Nazwa handlowa oferowanego produktu/artykułu	Postać	dawka	Ilość w opakowaniu /objętość	Szacunkowa wielkość zamówienia / ilość opakowań	Cena jednost. netto	% Vat	Cena jednost. brutto	Wartość netto	Wartość Vat	Wartość brutto	Rodzaj ceny	Proponowana ilość w opakowaniu
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	NITRENDYPINA		tabl	10mg	30	40								
2	NITRENDYPINA		tabl	20mg	20	30								
Razem:														

Oferowana cena stanowi cenę uwzględniającą wszystkie koszty, jak również nie ujęte a niezbędne dla prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.

....., dnia:.....

.....
(podpis i pieczętka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Nazwa i adres Wykonawcy.....

Załącznik nr 2.12B do SIWZ

Nr sprawy: 7/LEKI/DCZP/2014/P

FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr 12B

Lp	Nazwa artykułu	Nazwa handlowa oferowanego produktu/artykułu	Postać	dawka	Ilość w opakowaniu/objętość	Szacunkowa wielkość zamówienia / ilość opakowań	Cena jednost. netto	% Vat	Cena jednost. brutto	Wartość netto	Wartość Vat	Wartość brutto	Rodzaj ceny	Proponowana ilość w opakowaniu
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	KLOZAPOL		tabl	100mg	50	1000								
2	KLOZAPOL		tabl	25mg	50	1000								
3	TISERCIN		draz	25mg	50	200								
4	TISERCIN		amp	25mg/1ml	10	90								
Razem:														

Oferowana cena stanowi cenę uwzględniającą wszystkie koszty, jak również nie ujęte a niezbędne dla prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.

....., dnia:.....

.....
(podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)