



WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

51-124 Wrocław, ul. H. Kamieńskiego 73a
telefony: centrala 71 32 70 100, fax 71 32 54 101
www.wssk.wroc.pl

Szp/FZ -14/193/2020

Wrocław, dnia 23.04.2020 r.

INFORMACJA NR 1 DLA WYKONAWCÓW

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego 73 a, zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843) jako kierownik Zamawiającego przekazuje treść zapytań oraz wyjaśnienia do postępowania pn. „**Dostawa leków stosowanych w chemioterapii**”: Szp/FZ-14/2020

Pytanie nr 1 Dotyczy Pakietu nr 22

Czy ze względu na aspekt farmakoekonomiczny Zamawiający wymaga zaoferowania kwasu zoledronowego w postaci wygodnego w przygotowaniu, dającego możliwość skrócenia czasu przygotowania roztworu do infuzji 4 mg/100 ml?

Odpowiedź: Zamawiający dopuszcza zaoferowania w Pakiecie nr 22 kwasu zoledronowego w postaci wygodnego w przygotowaniu, dającego możliwość skrócenia czasu przygotowania roztworu do infuzji 4 mg/100 ml.

Pytanie nr 2 dot. treści wzoru umowy § 2 ust.2:

Czy Zamawiający dopuści składanie zamówień cząstkowych na formularzach Wykonawcy dla asortymentu zawartego w Pakiecie nr 77?

Wzór formularza zamówienia Świadczeniodawcy w załączniku.

Odpowiedź:

Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ w zakresie objętym zapytaniem.

Pytanie 3 dot. treści wzoru umowy § 2 ust.2:

do treści wzoru umowy § 2 ust.2:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na uzupełnianie Oświadczenia o wydaniu leku dla asortymentu zawartego w Pakiecie nr 77?

Wzór formularza oświadczenia Świadczeniodawcy w załączeniu.

UZASADNIENIE:

Wypełnianie formularza konieczne w celu realizacji Instrumentów Dzielenie Ryzyka.

Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ w zakresie objętym zapytaniem.

Pytanie 4 dot. treści wzoru umowy § 3 ust.2:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydłużenie czasu dostawy „do 48 godzin” licząc od momentu otrzymania zamówienia (faksem, e-mail) dla asortymentu zawartego w Pakiecie nr 77?

Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ w zakresie objętym zapytaniem.

Pytanie 5 dot. treści wzoru umowy § 9 ust.1,2:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmniejszenie wysokości kar umownych o połowę i pozwoli na wprowadzenie modyfikacji do zapisów wzoru umowy poprzez nadanie §9 nowego brzmienia:

§ 9
KARY UMOWNE

1. Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu następujące kary umowne:

1) z tytułu niedotrzymania terminu dostawy towaru określonego w pakiecie – w wysokości 0,5% wartości brutto dostarczonego towaru określonego w pakiecie za każdy dzień opóźnienia,

2) z tytułu opóźnienia w rozpatrzeniu reklamacji towaru określonego w pakiecie lub nierozpatrzeniu reklamacji dotyczącej jakości dostarczonego towaru określonego w pakiecie - wysokości 0,25% wartości brutto reklamowanej partii towaru określonego w pakiecie, za każdy dzień opóźnienia,

3) z tytułu odstąpienia przez Zamawiającego od towaru określonego w pakiecie w przypadku dostarczenia przez Wykonawcę towaru niezgodnego z ofertą - wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części towaru określonego w pakiecie,

2. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy karę umowną w przypadku odstąpienia od towaru określonego w pakiecie przez Wykonawcę z winy Zamawiającego - w wysokości 5% wartości brutto niezrealizowanej części towaru określonego w pakiecie.

3. Strony mogą dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ w zakresie objętym zapytaniem.

Pytanie 6 dot. treści wzoru umowy :

Czy w sytuacji, gdy osoba uprawniona do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy znajduje się poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i niemożliwe jest osobiste stawienie się na podpisanie umowy, Zamawiający wyrazi zgodę, na przesłanie umowy do podpisu na adres Wykonawcy podany w ofercie ?

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na przesłanie umowy do podpisu na adres Wykonawcy podany w ofercie.

Pytanie 7 Dotyczy pakietu nr 63 i 64:

Czy w związku z tym, że na rynku obecnie istnieje 3 Producentów leku Rituximab i ceny rynkowe na leki biopodobne uległy znacznemu obniżeniu i są dużo niższe niż cena leku oryginalnego Mabthera, Zamawiający w celu uzyskania oferty atrakcyjnej cenowo wyraża zgodę na przeniesienie z pakietu 63 do pakietu 64 ilości Rituximabu według poniższej zamieszczonych wycień ?

W pakiecie nr 63 mamy:

- a) 100 dawek podskórnych, czyli dla $100 / 7 =$ ok. 14 pacjentów
- b) 14 000 mg postaci dożylniej, czyli dla 20 pacjentów

Nadmiar postaci iv. w pakiecie 63 dotyczy 6 pacjentów, co wskazuje na intencję użycia MabThery w sposób inny, niż zadeklarowany w komentarzu z gwiazdką, który brzmi:

„* Zamawiający wymaga produktu leczniczego podawanego drogą dożylną, który zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego pozwala na inicjację terapii postacią podskórną – poz. 3 w powyższym pakiecie.”

W związku z powyższym zwracamy się do Zamawiającego z prośbą o modyfikację pakietu jak powyżej.

Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ w zakresie objętym zapytaniem.

Powyższe zmiany są integralną częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i dotyczą wszystkich Wykonawców, biorących udział w w/w postępowaniu Wykonawca zobowiązany jest złożyć ofertę z uwzględnieniem powyższego.

DYREKTOR SZPITALA
Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz
(5)

W imieniu świadczeniodawcy oświadczam, że produkt leczniczy Lynparza (olaparibum),

Dane świadczeniodawcy						
Nazwa	Adres	NIP	Unikalny Numer Pacjentki (UNP) stanowiący 5 ostatnich cyfr numeru PESEL	Data rozpoczęcia terapii	Data zaprzestania terapii lekiem Lynparza (jeśli dotyczy)	

Imię i Nazwisko kierownika apteki szpitalnej lub innej osoby reprezentującego świadczeniodawcę
Stanowisko:


Podpis:

Pieczętka:

Wypełniony formularz prosimy przesać na adres:@..... w formie elek

** dodatkowe kolumny K, M, O, Q, itd., powinny zawierać informację o numerze faktury przyporządkowanej pacjentce). Na tej podstawie zostanie wystawiona korekta do faktury, jeśli jest zasadna. W przypadku nie podania numeru faktury, korekta do faktury będzie wystawiana chronologicznie.*

kaps. twarde, 50 mg, 448 szt., EAN 5902135480052 **został wydany** do stosowania **pacj**



Suma wydanych opakowań w trakcie leczenia	M 1	M1 nr faktury	M 2	M2 nr faktury	M 3	M3 nr faktury	M 4	M4 nr faktury	M 5
1	1								
1	1								
1	1								

cę:

tronicznej (plik Excel) oraz w formie podpisanego wydruku (np. skan pdf).

ądkowanej dla konkretnego UNP (tj. lek Lynparza z tej faktury wydany

ie.

Data

Wypełniony formularz proszę przesać do:

E-MAIL: szpitale@neuca.pl

ZAMÓWIENIE

Dane/pieczętka Szpitala (nazwa, adres dostawy,
NIP)

.....

.....

.....

.....

Produkt	Liczba opakowań	Unikalny Numer Pacjentki [UNP - 5 ostatnich cyfr Nr. PESEL Pacjentki]				
nazwa produktu (dawka)						

*** Informacja wymagana w celu należytej realizacji i rozliczenia dostaw zgodnie z decyzją o objęciu refundacją produktu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez z siedzibą w (administrator danych) podanych niżej moich danych osobowych w celu realizacji niniejszego Zakupu Interwencyjnego. Podanie niniejszych danych jest dobrowolne i jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do wglądu, ich poprawiania i żądania ich usunięcia.

Imię i nazwisko

Stanowisko

Podpis i pieczętka
