

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.: „Zakup i dostawa leków do ZOZ w Końskich”, znak sprawy: ZP 252 RS/50/2023

WYJAŚNIENIA TREŚCI SWZ

Działając na podstawie art. 135 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, Zamawiający przekazuje poniżej treść zapytań, które wpłynęły do Zamawiającego wraz z wyjaśnieniami:

1. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 8:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. powl.?

Odpowiedź: TAK

2. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 10:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w opakowaniu x 40 fl..? Czy Wykonawca może dokonać przeliczenia na 40 op.?

Odpowiedź: TAK

3. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 11:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w opakowaniu x 20 fl. ? Czy Wykonawca może dokonać przeliczenia na 160 op.?

Odpowiedź: TAK

4. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 12:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci fiolki?

Odpowiedź: TAK

5. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 24:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. draż.?

Odpowiedź: TAK

6. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 26:** W związku z zakończoną produkcją i brakiem zamiennika na rynku Czy Zamawiający dopuści wycenę po ostatniej cenie wraz z odpowiednią informacją pod pakietem ? Bądź czy Zamawiający wykreśli pozycję?

Odpowiedź: TAK, Zamawiający dopuści wycenę po ostatniej cenie wraz z odpowiednią informacją pod pakietem.

7. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 37:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. powl.?

Odpowiedź: TAK

8. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 47, 48, 49:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. powl.?

Odpowiedź: TAK

9. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 50, 51, 52:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. powl.?

Odpowiedź: TAK

10. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 50:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w opakowaniu x 28 ? Czy Wykonawca może dokonać przeliczenia na 40 op.?

Odpowiedź: TAK

11. **Pytanie do zadania nr 72 poz. 53:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w postaci tabl. powl.?

Odpowiedź: TAK

12. **Pytanie do zadania nr 73 poz. 2:** Czy Zamawiający dopuści produkt leczniczy w opakowaniu x 100 szt. ? czy Wykonawca może dokonać przeliczenia na 4 op.?

Odpowiedź: TAK

13. Dotyczy zapisów we Wzorze Umowy prosimy o dołożenie § do Umowy [użyłizacja] na:

Zamawiający i Wykonawca zobowiązują się do prowadzenia procesu utylizacji zużytych fiolek i opakowań po Produkcie Spinraza zgodnie z niżej opisanymi zasadami:

1. Zamawiający dokonuje utylizacji zużytych fiolek, opakowań i ulotek Produktu WYŁĄCZNIE po uzyskaniu zlecenia od Wykonawcy, na podstawie przesłanego protokołu zużycia/utylizacji załącznik nr 1 część A
2. Utylizacja zużytych fiolek, opakowań i ulotek Produktu nastąpi zgodnie z wewnętrzną procedurą utylizacyjną Zamawiającego
3. Zamawiający potwierdza Wykonawcy przekazanie odpadów do utylizacji w protokole utylizacyjnym załącznik nr 1 część B
4. Z ramienia Zamawiającego osobą odpowiedzialną za prawidłowe przeprowadzenie procesu utylizacji jest (Pielęgniarka Oddz. Neurologii), Numer telefonu, adres e-mail i, numer telefonu, adres e-mail

Odpowiedź: W umowie na zadanie 60 Zamawiający wprowadzi powyższe zapisy oraz załączniki w treści podanej poniżej:

SPINRAZA 12 mg iniekcja z roztworem 1x
Formularz rozliczenia

A) Monitorowanie szklanej fiołki i pudełki kartonowych po zużytych produkcie leczniczym SPINRAZA (wypełnia pracownik szpitala, który uczestniczył w podaniu produktu leczniczego)

Po podaniu produktu leczniczego SPINRAZA pacjentowi proszę potwierdzić w poniższych polach, że szklana fiołka oraz kartonowe pudełko zostały umieszczone w pojemniku na odpady przewidzianym do tego celu. Dla każdej zużytej sztuki produktu leczniczego proszę użyć nowego wiersza.

UWAGA: Tylko opakowania produktu leczniczego SPINRAZA mogą zostać umieszczone w pojemniku na odpady zapewnionym przez Biogen lub hurtownię farmaceutyczną. Igły lub odpady po innych produktach leczniczych nie mogą zostać umieszczone w pojemniku na odpady!

Jeśli zaznaczono "nie" proszę podać powód w polu "Uwagi".

Nazwa instytucji: _____

Okres monitorowania od _____ do _____

Położenie/data umieszczenia jako odpad:	Numer serii produktu (LOT):	Termin ważności:	Czy pudełko kartonowe zostało umieszczone w pojemniku na odpady?	Czy szklana fiołka została umieszczona w pojemniku na odpady?	Uwagi:	Podpis	Czy dostarczono pudełko kartonowe/fiołkę? Czy termin ważności/numer serii produktu (LOT) zgadzają się? (wypełnia pracownik hurtowni)	Nazwisko drukowanymi literami i podpis (wypełnia pracownik hurtowni)
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	

Położenie/data umieszczenia jako odpad:	Numer serii produktu (LOT):	Termin ważności:	Czy pudełko kartonowe zostało umieszczone w pojemniku na odpady?	Czy szklana fiolka została umieszczona w pojemniku na odpady?	Uwagi:	Podpis	Czy dostarczono pudełko kartonowe/fiolkę? Czy termin ważności/numer serii produktu (LOT) zgadzają się? (wypełnia pracownik hurtowni)	Nazwisko drukowanymi literami i podpis (wypełnia pracownik hurtowni)
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	
			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (uwaga)	

B) Odesłanie pojemnika zawierającego odpady

Nazwisko osoby przekazującej opakowanie (wypełnia szpital/apteka)

Nazwisko drukowanymi literami i podpis

Data przekazania

Nazwisko pracownika Szpitala,
potwierdzającego przekazanie pojemnika do utylizacji wewnętrzzszpitalnej

Nazwisko drukowanymi literami i podpis

Data odbioru

Data przekazania do utylizacji:	Numer serii produktu (LOT):	Termin ważności:	Ilość opakowań danej serii:	Uwagi:	Podpis

Część B. Przekazanie do utylizacji

..... **dane szpitala**.....

Nazwisko pracownika Szpitala,
potwierdzającego przekazanie pojemnika do utylizacji wewnątrzszpitalnej
Nazwisko drukowanymi literami i podpis

.....

Data odbioru

Data przekazania do utylizacji:	Numer serii produktu (LOT):	Termin ważności:	Ilość opakowań danej serii:	Uwagi:	Podpis

14. Czy w związku z brakiem możliwości dokonania wyceny leku Roksadustat za mg w pakiecie nr 69, Zamawiający zechce dokonać modyfikacji formularza przez podanie ilości opakowań poszczególnych dawek leku oraz czy wyrazi zgodę na podanie ceny jednostkowej netto oraz ceny jednostkowej brutto za opakowanie handlowe?

Odpowiedź: Tak, Zamawiający dokona modyfikacji formularza poprzez podanie ilości:

100 mg x 12 tab. -14 opakowań

70 mg x 12 tab. -16 opakowań

50 mg x 12 tab. -16 opakowań

20 mg x 12 tab. -17 opakowań

z zastrzeżeniem, że podane ilości podane powyżej służą do wyceny zamienienia a Zamawiający w ramach pakietu będzie zamawiał ilości poszczególnych dawek zgodnie z potrzebami pacjentów (tzn. niektóre dawki mogą być zamawiane w większej/mniejszej ilości bądź nie być zamawiane).

Zatwierdzam:

Z up. Dyrektora:

// Jakub Sienkiewicz