

**7 SZPITAL MARYNARKI WOJENNEJ Z PRZYCHODNIĄ**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego

80-305 Gdańsk, ul. Polanki 117

Gdańsk, dnia 23.03.2023 r.

MODYFIKACJA II SWZ

**Dotyczy:** **Dostawa różnych produktów farmaceutycznych – 71/2023/PN**

Zamawiający informuje, iż dokonuje na podstawie art. 137 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019) modyfikacji SWZ.

JEST W SWZ:

1. **Sposób oraz termin składania ofert**
2. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w terminie do dnia 29.03.2023r., do godz. 8.15.
3. **Termin otwarcia ofert**
4. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 29.03.2023r., o godzinie 8.30.

**MA BYĆ W SWZ:**

1. **Sposób oraz termin składania ofert**
2. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w terminie do dnia 31.03.2023r., do godz. 8.15.
3. **Termin otwarcia ofert**
4. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 31.03.2023r., o godzinie 8.30.

JEST W ZAŁ. 3, PAKIET 4 DO SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Furosemide inj. 0,02 g/2 ml \* 50 amp. | op. | 150 |
| **8** | Amikacin inj. 0,5 g/2 ml \* amp. a 2 ml | op. | 600 |
| **9** | Amikacin inj. 1 g/4 ml \* amp. a 4 ml | op. | 150 |
| **10** | Amikacin inj. 0,25 g/2 ml \* amp. a 2 ml | op. | 10 |
| **1** | Ciprofloxacin inj. 200 mg/100 ml \* 1 fl. | op. | 600 |
| **2** | Ciprofloxacin inj. 400 mg/200 ml \* 1 fl. | op. | 1000 |
| **3** | Kalium chloratum 15% inj. 150 mg/1ml \*20 amp. a 10 ml | op. | 130 |
| **2** | Metamizole sodium inj. 1 g/2 ml \* 10 amp. | op. | 250 |
| **3** | Metamizole sodium inj. 2,5 g/5 ml \* 10 amp. | op. | 1300 |
| **4** | Metronidazole inj. 0,5 % \* 40 fl. a 100 ml | op. | 100 |
| **1** | Norepinephrine inj. 1 mg/1 ml \* 5 amp. a 4 ml | op. | 600 |
| **6** | Paracetamol inj. 0,01g/1 ml \* 10 fiol. a 50 ml | op. | 100 |
| **7** | Paracetamol inj. 0,01g/1 ml \* 10 fiol. a 100 ml | op. | 1800 |
| **1** | Propofol inj. 0,2 g/20 ml \* 1 fiol. | op. | 8000 |
| **8** | 0,9% NaCl inj. \* 50 amp. 10 ml (polietylen) | op. | 300 |

**MA BYĆ W ZAŁ. 3, PAKIET 4 DO SWZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Amikacin inj. 0,5 g/2 ml \* amp. a 2 ml | op. | 600 |
| **2** | Amikacin inj. 1 g/4 ml \* amp. a 4 ml | op. | 150 |
| **3** | Amikacin inj. 0,25 g/2 ml \* amp. a 2 ml | op. | 10 |
| **4** | Ciprofloxacin inj. 200 mg/100 ml \* 1 fl. | op. | 600 |
| **5** | Ciprofloxacin inj. 400 mg/200 ml \* 1 fl. | op. | 1000 |
| **6** | Kalium chloratum 15% inj. 150 mg/1ml \*20 amp. a 10 ml | op. | 130 |
| **7** | Norepinephrine inj. 1 mg/1 ml \* 5 amp. a 4 ml | op. | 600 |
| **8** | Paracetamol inj. 0,01g/1 ml \* 10 fiol. a 50 ml | op. | 100 |
| **9** | Paracetamol inj. 0,01g/1 ml \* 10 fiol. a 100 ml | op. | 1800 |
| **10** | Propofol inj. 0,2 g/20 ml \* 1 fiol. | op. | 8000 |
| **11** | 0,9% NaCl inj. \* 50 amp. 10 ml (polietylen) | op. | 300 |

JEST W ZAŁ. 3, PAKIET 11 DO SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Fluconazol inj. 200 mg/100 ml \* 1 fl. | op. | 800 |
| **2** | Fluconazol inj. 100 mg/50 ml \* 1 fl. | op. | 200 |
| **3** | Levofloxacin inj. 5 mg/1 ml \* 5 fiol./fl. a 100 ml | op. | 250 |
| **4** | Linezolid inj. 2 mg/1ml \* 1 worek/fl. a 300 ml | op. | 400 |
| **5** | Meropenem inj. 0,5 g \* 10 fiol. | op. | 50 |
| **6** | Meropenem inj. 1 g \* 10 fiol. | op. | 400 |
| **7** | Piperacillin/Tazobactam inj. 4 g + 0,5 g \* 10 fiol. | op. | 250 |
| **8** | Imipenem/Cilastatin 500 mg/500 mg prosz.d/sp.roztw.d/inf \* 1fiol. | op. | 400 |
| **9** | Vancomycin inj. 1 g \* 5 fiol. / lek zarejestrowany w doustnym leczeniu zapaleniu jelita cienkiego i okrężnicy, wywołane Clostridium difficile i określoną trwałością po przygotowaniu roztworu do 24 godzin w temp. 2-8ºC. | op. | 250 |

**MA BYĆ W ZAŁ. 3, PAKIET 11 DO SWZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Fluconazol inj. 200 mg/100 ml \* 1 fl. | op. | 800 |
| **2** | Fluconazol inj. 100 mg/50 ml \* 1 fl. | op. | 200 |
| **3** | Levofloxacin inj. 5 mg/1 ml \* 5 fiol./fl. a 100 ml | op. | 250 |
| **4** | Linezolid inj. 2 mg/1ml \* 1 worek/fl. a 300 ml | op. | 400 |
| **5** | Meropenem inj. 0,5 g \* 10 fiol. | op. | 50 |
| **6** | Meropenem inj. 1 g \* 10 fiol. | op. | 400 |
| **7** | Piperacillin/Tazobactam inj. 4 g + 0,5 g \* 10 fiol. | op. | 250 |
| **8** | Imipenem/Cilastatin 500 mg/500 mg prosz.d/sp.roztw.d/inf \* 1fiol. | op. | 400 |

**DODAJE SIĘ PAKIET 62 DO SWZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Vancomycin inj. 1 g \* 5 fiol. / lek zarejestrowany w doustnym leczeniu zapaleniu jelita cienkiego i okrężnicy, wywołane Clostridium difficile i określoną trwałością po przygotowaniu roztworu do 24 godzin w temp. 2-8ºC. | op. | 250 |

**DODAJE SIĘ PAKIET 63 DO SWZ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m** | **Ilość** |
| **1** | Furosemide inj. 0,02 g/2 ml \* 50 amp. | op. | 150 |
| **2** | Metamizole sodium inj. 1 g/2 ml \* 10 amp. | op. | 250 |
| **3** | Metamizole sodium inj. 2,5 g/5 ml \* 10 amp. | op. | 1300 |
| **4** | Metronidazole inj. 0,5 % \* 40 fl. a 100 ml | op. | 100 |

**DODAJE SIĘ UST. 8 W PAR. 3 W ZAŁ. 1 DO SWZ:**

1. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy w przypadku zmiany ceny materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia, w przypadku gdy poziom zmiany ceny materiałów lub kosztów, przekroczy 10 %, wynagrodzenie zostanie zmienione jednak nie więcej niż o 20 % .
2. sposób zmiany wynagrodzenia,  nastąpi z użyciem odesłania do wskaźnika ogłaszanego w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem,
3. jeżeli umowa została zawarta po upływie 180 dni od dnia upływu terminu składania ofert, początkowym terminem ustalenia zmiany wynagrodzenia jest dzień otwarcia ofert. Jeżeli umowa została zawarta przed upływem 180 dni od dnia upływu terminu składania ofert terminem ustalenia zmiany wynagrodzenia jest dzień zawarcia umowy,
4. przez zmianę ceny materiałów lub kosztów rozumie się wzrost odpowiednio cen lub kosztów, jak i ich obniżenie, względem ceny lub kosztu przyjętych w celu ustalenia wynagrodzenia wykonawcy zawartego w ofercie,
5. zmiana wynagrodzenia w trybie ust.2 (art.439 PZP) możliwa jest po upływie każdego roku (12 miesięcy) od zawarcia umowy,
6. strona wnioskująca o zmianę wynagrodzenia jest zobowiązana przekazać szczegółowe kalkulacje obrazujące czy i w jakim stopniu zmiana ceny materiałów lub kosztów  wpłynęła na koszt realizacji umowy.
7. maksymalna wartość zmiany wynagrodzenia w trybie ust.2 (art. 439 PZP) nie może przekroczyć kumulatywnie 20 % wartości wynagrodzenia wykonawcy.

**Arkadiusz Dębicki**

Kierownik Działu Zamówień Publicznych

7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku

Sporządził: Arkadiusz Dębicki

tel. 58/ 552 64 07

Data wykonania: 23.03.2023

T – 2712; B5