



SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów
ul. Topolowa 16

Sekretariat
☎ 32 624 70 29
☎ 32 623 94 28

Centrala
☎ 32 624 77 77

www.szpital-chrzanow.pl

✉ sekretariat@szpital-chrzanow.pl

Znak: DKM-I-431-36/25

Chrzanów, 2025-10-29

W związku z ogłoszonym konkursem ofert w zakresie wykonywania usługi farmaceutycznej dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, Szpital Powiatowy w Chrzanowie udziela odpowiedzi na pytania Oferenta:

Pytanie 1.

- Rozdział II ust 1. Regulaminu i SWKO - Proszę o zmianę wskazania dni wykonywania usługi z "od poniedziałku do piątku oraz w soboty" na "w dni robocze od poniedziałku do piątku oraz w soboty, z zastrzeżeniem zapisów § 7 ust 4 Umowy". Z uwagi na ograniczoną dostępność farmaceutów realizacja umowy w soboty jest możliwa z zastrzeżeniem naliczenia podwójnej stawki taxa laborum. W przypadku akceptacji tego warunku proszę o wprowadzenie stosownej zmiany do materiałów konkursowych.

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę

Pytanie 2.

- Rozdział VI ust 4. SWKO - proszę o usunięcie konieczności załączania do oferty wykazu personelu wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe w związku ze składanym przez oferenta w toku postępowania oświadczeniem - załącznik nr 2 do regulaminu, oświadczenie oferenta, ust. 1)

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę na nie dołączanie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe. Jednak wykaz imienny personelu wraz z numerem prawa wykonywania zawodu jest warunkiem koniecznym.

Pytanie 3.

- Projekt Umowy §3 ust 5. - proszę o zmianę zapisu z: "Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypełnienia wszelkich wymagań związanych z aktualnymi przepisami prawa dotyczących EDM." Na "Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypełnienia wszelkich wymagań związanych z aktualnymi przepisami prawa dotyczących EDM w zakresie dotyczącym przedmiotu umowy."

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę.

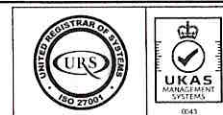
Pytanie 4.

- Projekt Umowy § 7

w związku z faktem, że niejednokrotnie cena leku zakupionego przez nasz Szpital jest wyższa od limitów wynikających z obowiązującego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wnioskuję o dodanie w § 7 Warunki płatności ustępów 14 - 17:

14. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do pokrycia faktycznego kosztu nabycia produktów poniesionego przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z przedstawionymi przez niego dokumentami zakupu.

15. W przypadku wystąpienia różnic pomiędzy faktyczną ceną nabycia produktu a ceną wynikającą z aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Przyjmujący zamówienie dokona stosownej korekty rozliczenia po uzyskaniu faktury korygującej od dostawcy produktów.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr 0000015881, NIP 628 19 16 916, REGON 000310108
Nr konta: BANK PEKAO S.A. 38 1240 4748 1111 0000 4877 1892



SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

32-500 Chrzanów
ul. Topolowa 16

Sekretariat
☎ 32 624 70 29
☎ 32 623 94 28

Centrala
☎ 32 624 77 77

www.szpital-chrzanow.pl

✉ sekretariat@szpital-chrzanow.pl

16. Korekta, o której mowa w ust. 2, będzie uwzględniana w najbliższym możliwym okresie rozliczeniowym po otrzymaniu przez Przyjmującego zamówienie faktury korygującej.

17. Strony zgodnie oświadczają, że podstawą rozliczeń są wyłącznie faktyczne koszty poniesione przez Przyjmującego zamówienie, udokumentowane dokumentami zakupu.

Odpowiedź: Udzielający zamówienia nie wyraża zgody na dodanie ust.14, 16, 17, natomiast wyraża zgodę na dodanie ust.15 (w umowie będzie to § 7 ust.14) w brzmieniu:

„W przypadku wystąpienia różnic pomiędzy faktyczną ceną nabycia produktu a ceną wynikającą z aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Przyjmujący zamówienie dokona stosownej korekty rozliczenia po uzyskaniu niezwłocznie faktury korygującej od dostawcy produktów.”

Pytanie 5.

Dodatkowo proszę o przesunięcie terminu składania ofert na dwa dni robocze po opublikowaniu Państwa odpowiedzi na przesłane uwagi.

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę na przedłużenie termin składania ofert na dzień 03.11.2025r.

Pytanie 6

Rozdział II ust 4. f) Regulaminu i SWKO oraz §2 ust 9. Wzoru umowy – Proszę o usunięcie ostatniego zdania " W przypadku wykonania większej liczby preparatów dziennie zostanie naliczona dodatkowa opłata zgodnie z §7 ust 4. umowy".

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę.

Pytanie 7

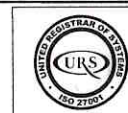
§7 ust 4. Wzoru umowy proszę o zmianę zapisu na : "Za usługi/preparaty wykonane na podstawie niniejszej umowy w soboty Przyjmujący Zamówienie naliczy podwójną stawkę taxa laborum" zgodnie z powyższym uzasadnieniem.

Odpowiedź: Udzielający zamówienia wyraża zgodę.

Z-ca DYREKTORA
ds. Lecznictwa
lek. med. Izabela Kiełbalska
z upoważnienia
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Otrzymują:

1. Adresat
2. a/a
- A.B.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr 0000015881, NIP 628 19 16 916, REGON 000310108
Nr konta: BANK PEKAO S.A. 38 1240 4748 1111 0000 4877 1892

