



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

2^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ «ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ»
ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΛΡΑΣ ΡΟΔΟΣ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»

ΡΟΔΟΣ: **01-02-2019**
ΑΡ.ΠΡΩΤ.:**2454**

ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΓΙΑΝΝΗ ΡΙΤΣΟΥ 1, ΑΓΙΟΙ ΑΠΟΣΤΟΛΟΙ, 85133 ΡΟΔΟΣ
Τ.Θ. 138 – ΡΟΔΟΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΠΕΛΑΡΔΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ-ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (22413) 60009
FAX: (22413) 60433
E-mail: mpelardis@rhodes-hospital.gr

ΘΕΜΑ: ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΝΟΙΚΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ

Το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, για την κάλυψη άμεσων και επιτακτικών αναγκών του, προσκαλεί τους ενδιαφερόμενους να καταθέσουν προσφορά για την προμήθεια του παρακάτω φαρμακευτικού προϊόντος:

Α. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΚΟΥΤΙΑ)	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ / ΚΟΥΤΙ (ΧΩΡΙΣ Φ.Π.Α 6%)	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (ΧΩΡΙΣ Φ.Π.Α 6%)	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (ΜΕ Φ.Π.Α 6%)
1	COLISTIMETHATE SODIUM PD.S.INH.N 1.000.000IU/VIAL BT x 30VIALS	178	79,1445 €	14.087,72 €	14.932,98 €
ΚΩΔΙΚΟΣ Ε.Ο.Φ. : 187170202					

Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ	2454
ΚΑΕ	1312 ^Α
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΤΙΜΗ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΡΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΣΤΗ «ΔΙΑΥΓΕΙΑ»
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	01-02-2019 (ημέρα ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ)
ΧΡΟΝΟΣ ΙΣΧΥΟΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ	ΜΕΧΡΙ 30-06-2019 (να αναγράφεται στην προσφορά)
ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	FAX : (22413) 60433 E-mail: mpelardis@rhodes-hospital.gr

Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

Η προσφορά που θα υποβληθεί θα πρέπει να αναφέρει τον Αριθμό Αιτήματος, τον Κωδικό του ΕΟΦ, την Περιγραφή του Προϊόντος, τη Δραστική Ουσία, την τρέχουσα Νοσοκομειακή Τιμή (σύμφωνα με το τελευταίο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων), το Ποσοστό Έκπτωσης (συμπεριλαμβανομένου και του Rebate 5%), την Προσφερόμενη Τιμή και να έχει, κατά προτίμηση, την παρακάτω μορφή:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΙΜΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΠΤΩΣΗΣ (με Rebate 5%)	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

Το Ποσοστό Έκπτωσης να είναι με 2 (δύο) δεκαδικά ψηφία και η Προσφερόμενη Τιμή με 4 (τέσσερα) δεκαδικά ψηφία. Όσον αφορά τον συντελεστή Φ.Π.Α, να αναφέρεται υποχρεωτικά στην προσφορά (6% ή 13%).

Επίσης υποχρεωτικά τα πλήρη στοιχεία της εταιρείας: Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ. πλήρη Επωνυμία, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Φαξ, E-mail Παραγγελιών.

Επιπλέον θα πρέπει να αναφέρεται - **επί ποινή απόρριψης** - ο χρόνος παράδοσης των προσφερόμενων φαρμακευτικών προϊόντων.

Λόγω του επείγοντος της προμήθειας, το νοσοκομείο επιθυμεί τα προσφερόμενα είδη να είναι **ετοιμοπαράδοτα**, σε διαφορετική περίπτωση διατηρεί το δικαίωμα να απορρίψει την προσφορά αν κρίνει ότι ο χρόνος παράδοσης είναι μεγάλος σε σχέση με τις ανάγκες του.

Επί της προσφοράς τους οι συμμετέχοντες θα πρέπει να δηλώνουν υπεύθυνα ότι δεν συντρέχουν οι λόγοι αποκλεισμού που αναφέρονται στο άρθρο 74 του Ν.4412/2016.

Για την απόδειξη της μη συνδρομής των λόγων αποκλεισμού των παρ.1 & 2 του άρθρου 73, στις περιπτώσεις που η εκτιμώμενη αξία της σύμβασης είναι μεγαλύτερη των **2.500,00 € (μη συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ)**, οι οικονομικοί φορείς υποχρεούνται - **επί ποινή απόρριψης** - να προσκομίσουν τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- **Απόσπασμα ποινικού μητρώου.**
- **Πιστοποιητικό φορολογικής ενημερότητας.**

Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ενημερότητας

**Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ**

ΦΟΥΣΙΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ