



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



2^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»

ΡΟΔΟΣ: **13/11/2020**
ΑΡ.ΠΡΩΤ.: **26030**

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: ΚΡΙΣΤΙΑΝ ΜΠΑΡΝΑΡΝΤ 1, 85133 ΑΓΙΟΙ ΑΠΟΣΤΟΛΟΙ, ΡΟΔΟΣ
Τ.Θ. 138 – ΡΟΔΟΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΒΟΒΟΛΙΝΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (22413) 60018
FAX: (22413) 60433
E-mail: farmakeio@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 των παρακάτω φαρμακευτικών προϊόντων:

Α. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

A/A	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	ΖΙΝΟΒΑΤ ΕΦ.ΤΑΒ 20ΜΓ/ΤΑΒ ΒΤx12ΤΑΒ	20	2,2230 €	44,46 €	47,13 €
	ΚΩΔΙΚΟΣ Ε.Ο.Φ. : 245880301				
2	ΖΙΝΟΒΑΤ ΟΡΑΛ.ΣΟΛ 20ΜΓ/5ΜΛ VIAL ΒΤx10 VIALSx5 ML	20	1,9475 €	38,95 €	41,29 €
	ΚΩΔΙΚΟΣ Ε.Ο.Φ. : 245880201				
ΣΥΝΟΛΟ				83,41 €	88,42 €

Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ	26030
ΚΑΕ	1312 ^A
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ	ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΤΙΜΗ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΡΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΣΤΗ «ΔΙΑΥΓΕΙΑ»
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	16/11/2020 (ημέρα ΔΕΥΤΕΡΑ)
ΧΡΟΝΟΣ ΙΣΧΥΟΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ	ΜΕΧΡΙ 31-12-2020 (να αναγράφεται στην προσφορά)
ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	FAX : (22413) 60433 E-mail: farmakeio@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**, την **Ημερομηνία Λήξης του προϊόντος** 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.

Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ**ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΒΟΒΟΛΙΝΗΣ****Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ****ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΡΟΥΜΑΝΗΣ**