Zakroczym, dnia 06.02.2024 r.  
*miejsce i data*

**FORMULARZ ROZEZNANIA RYNKU**

1. **Cel formularza:**

W związku z realizacją projektu pt. ***„Opracowanie dwuskładnikowego produktu leczniczego stosowanego w terapii przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”***, współfinansowanego ze środków budżetu państwa w ramach konkursów realizowanych przez Agencję Badań Medycznych, **zwracamy się z prośbą o podanie wartości planowanego zamówienia opisanego szczegółowo poniżej, w punkcie II oraz udzielenie informacji wskazanych w załączniku numer 1 do niniejszego formularza i ceny.**

**Niniejszy Formularz rozeznania rynku prosimy opatrzyć podpisem oraz przesłać jego skan (w formacie pdf) w drodze wiadomości elektronicznej email na adres: zapytaniaofertowe@lekam.pl do dnia: 14.02.2024 r.**

W razie potrzeby uzyskania dodatkowych informacji, prosimy o kontakt e-mail: zapytaniaofertowe@lekam.pl

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**
2. Planowane zamówienie częściowe dotyczy *wzorców farmakopealnych szczegółowo opisanych poniżej w pkt II.5.*
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne pozycje, określone w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia. **(ważność oferty rok od daty wystawienia)**
4. KOD CPV: 33696300-8 - Odczynniki chemiczne
5. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **Wszystkie wskazane w pkt II. 5 pozycje powinny zostać dostarczone do zamawiającego w terminie maksymalnie do 6 tygodni od dnia zawarcia umowy/złożenia zamówienia.**
6. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymagania** | |
| **Część zamówienia** | **Specyfikacja** |
| **Część nr 1** | **nazwa:** Glycopyrronium for peak identification CRS (mieszanina)  **ilość:** 3 x 10 mg (preferowane w 1 opakowaniu)  **wymagania jakościowe:**   * Kod produktu: EPY0001309 lub równoważny\* * CAS numer 51186-83-5 * Data ważności - aktualna w dniu dostawy (preferowana min. 6 miesięcy do daty dostawy) * Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia) |
| **Część nr 2** | **nazwa:** Glycopyrronium Impurity N CRS (zanieczyszczenie)  **ilość:** 10 mg (preferowane w 1 opakowaniu)  **wymagania jakościowe:**   * Kod produktu: EPY0001358 lub równoważny\* * CAS numer 596-51-0 * Data ważności - aktualna w dniu dostawy (preferowana min. 6 miesięcy do daty dostawy) * Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia) |
| **Część nr 3** | **nazwa:** Wzorzec zawartości wody 10.0 typu hydranal (do miareczkowania metodą Karl Fisher)  **ilość:** 10 ampułek każda o objętości min. 6 ml (2 opakowania)  **wymagania jakościowe:**   * Zawartość wody we wzorcu 10 mg/ml = 1.0% * Data ważności - min. 12 miesięcy do daty dostawy |
| **Dokumentacja/Wymagania dodatkowe** | |
| **Dla części nr 1 i 2** | Do każdej z dostaw wykonawca zamówienia musi dostarczyć certyfikat jakości potwierdzający spełnienie wymagań jakościowych postawionych w opisie przedmiotu zamówienia dla zamawianych wzorców (zgodnie z pkt. II.5 niniejszego formularza). Certyfikat powinien zostać dostarczony w formie papierowej razem z dostawą lub na dokumencie dołączonym do dostawy powinien znaleźć się adres strony internetowej, na której Zamawiający będzie mógł zweryfikować dokument. Na certyfikacie/ stronie www z certyfikatem powinna być możliwość potwierdzenia daty ważności w dniu dostawy do Zamawiającego. |
| **Dla części 3** | Na opakowaniu powinna być data ważności. Do każdej z dostaw wykonawca zamówienia musi dostarczyć certyfikat jakości potwierdzający spełnienie wymagań jakościowych postawionych w opisie przedmiotu zamówienia dla zamawianych wzorców (zgodnie z pkt. II.5 niniejszego formularza). Certyfikat powinien zostać dostarczony w formie papierowej razem z dostawą. |

\*w przypadku kodu produktu innego niż podano, prosimy o załączenie certyfikatu do oferty.

1. Ocena

Wybór Wykonawcy zostanie dokonany spośród Ofert spełniających wymagania jakościowe wskazane w pkt. II.5 niniejszego formularza.

Ocenie będzie podlegać oferowana cena.

*Załącznik nr 1 do Formularza rozeznania rynku*

**Wzór informacji do uzupełnienia przez oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy: ………………………  Adres Wykonawcy: ………………………  NIP: ………..………………… | Osoba do kontaktu: ………………………  Dane do kontaktu: ………………………...  Data sporządzenia oferty: ……………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wycena** | | | | | | | Specyfikacja | Spełnienie wymagań specyfikacji  TAK/NIE\*\* |
| Nr części | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wielkość oferowanego opakowania [mg/ml] | Cena całkowita netto za całość (dla każdej części) | Cena całkowita brutto za całość (dla każdej części) | Koszty dostawy | Inne koszty\* |
|  | Glycopyrronium for peak identification CRS (mieszanina)  10 mg (3 szt) |  |  |  |  |  | Kod produktu: EPY0001309 lub równoważny |  |
| CAS numer 51186-83-5 |  |
| Data ważności - aktualna w dniu dostawy (preferowana min. 6 miesięcy do daty dostawy) |  |
| Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia) |  |
| 2. | Glycopyrronium Impurity N CRS (zanieczyszczenie)  10 mg |  |  |  |  |  | Kod produktu: EPY0001358 lub równoważny |  |
| CAS numer 596-51-0 |  |
| Data ważności - aktualna w dniu dostawy (preferowana min. 6 miesięcy do daty dostawy) |  |
| Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Wzorzec zawartości wody 10.0 typu hydranal  (do miareczkowania metodą Karl Fisher)  10 ampułek o objętości min. 6 ml = opakowanie  (2 opakowania) |  |  |  |  |  | Zawartość wody we wzorcu 10 mg/ml = 1.0% |  |
| Data ważności - min. 12 miesięcy do daty dostawy |  |

\* podać rodzaj kosztu i cenę

\*\* prosimy o wpisanie TAK lub NIE dla każdej pozycji specyfikacji.

…………………………………… ..…….………………………………………

*Data i miejsce Podpis*