



Zakroczym, dnia 20.01.2023 r.  
miejsce i data

## FORMULARZ ROZEZNANIA RYNKU

### I. Cel formularza:

W związku z realizacją projektu pt. „*Opracowanie nowego produktu leczniczego złożonego do stosowania w terapii cukrzycy typu 2*”, współfinansowanego ze środków budżetu państwa w ramach konkursów realizowanych przez Agencję Badań Medycznych, **zwracamy się z prośbą o oszacowanie wartości planowanego zamówienia opisanego szczegółowo poniżej, w punkcie II oraz udzielenie informacji wskazanych w punkcie III 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](mailto:zapytaniaofertowe@lekam.pl) do dnia: 31.01.2023 r.

W razie potrzeby uzyskania dodatkowych informacji, prosimy o kontakt e-mail: [zapytaniaofertowe@lekam.pl](mailto:zapytaniaofertowe@lekam.pl)

**Niniejsza informacja nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, ma na celu wyłącznie rozpoznanie rynku oraz uzyskanie wiedzy na temat kosztów planowanego zamówienia.**

### II. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Planowane zamówienie dotyczy *dostawy produktów leczniczych*:

<i>Produkty lecznicze</i>	<i>Ilość tabletek [szt.] (z uwzględnieniem wielkości dostępnego opakowania jednostkowego)</i>
Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700
Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500

2. KOD CPV: **33615000-4** – produkty lecznicze używane przy cukrzycy

3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **Przedmiot zamówienia planowany jest do dostarczenia w całości w terminie do 1 miesiąca od złożenia zamówienia/zawarcia umowy. W**



przypadku braku dostępności dwóch serii danego produktu w jednym czasie, dopuszczalna dostawa brakujących pozycji w oddzielnej dostawie **w terminie** do 2 miesięcy **od złożenia zamówienia/zawarcia umowy**.

4. Miejsce Realizacji przedmiotu zamówienia:  
P. F. LEK-AM w Zakroczymiu
5. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Lp.	Wymagania										
1.	Specyfikacja techniczna										
1.1	<p><u>Przedmiot zapytania:</u></p> <table border="1"><thead><tr><th><i>Produkty lecznicze referencyjne</i></th><th><i>Ilość tabletek [szt.] (z uwzględnieniem wielkości dostępnego opakowania jednostkowego)</i></th></tr></thead><tbody><tr><td>Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)</td><td>700</td></tr><tr><td>Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)</td><td>500</td></tr><tr><td>Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)</td><td>700</td></tr><tr><td>Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)</td><td>500</td></tr></tbody></table>	<i>Produkty lecznicze referencyjne</i>	<i>Ilość tabletek [szt.] (z uwzględnieniem wielkości dostępnego opakowania jednostkowego)</i>	Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700	Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500	Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700	Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500
<i>Produkty lecznicze referencyjne</i>	<i>Ilość tabletek [szt.] (z uwzględnieniem wielkości dostępnego opakowania jednostkowego)</i>										
Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700										
Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500										
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)	700										
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria)	500										
1.2	<p><u>Dodatkowe wymagania:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kraj pochodzenia: Dowolny kraj Unii Europejskiej lub kraj z obszaru FDA (np. USA)</li><li>2. Dostępność dokumentu Wholesale Distribution Licence (WDL) upoważniającego oferenta do obrotu hurtowego produktami leczniczymi.</li><li>3. Dostawa zgodna z deklaracją przechowywania/transportu dla danej pozycji ale bez kontroli warunków</li><li>4. Wielkość opakowania jednostkowego: dostępna obecnie na rynku, możliwość różnej wielkości opakowania dla 2 różnych serii tej samej pozycji</li></ol>										



	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Okres ważności produktu min. 50% deklarowanej daty ważności dla danej serii w dniu dostarczenia zamówienia do Zamawiającego</li><li>6. Faktura zakupu z podaniem kraju zakupu i numeru serii każdej z pozycji</li><li>7. Certyfikat jakości danej serii (jeśli dostępny) przekazany zamawiającemu przy dostawie</li></ol>
--	--



### III. Wzór informacji do uzupełnienia przez oferenta:

Szacowana wartość zamówienia zamówienie dotyczące *dostawy pozycji* opisanych szczegółowo w punkcie II.

Pełna nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

NIP: .....

Osoba do kontaktu: .....

Data sporządzenia szacowania: .....

WYCENA								
<i>Produkty lecznicze referencyjne</i>	<i>Wielkość opakowania jednostkowego</i>	<i>Koszt opakowania jednostkowego netto</i>	<i>Koszt całkowity całego zamówienia netto</i>	<i>Koszt dostawy netto</i>	<i>Kraj pochodzenia danej serii</i>	<i>Dostępność certyfikatu jakości serii produktu*</i>	<i>Termin realizacji zamówienia**</i>	<i>Warunki płatności</i>
Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria)  (700 tabletek)					TAK/NIE			



Trijardy XR, 25 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria) (500 tabletek)					TAK/NIE			
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (1-wsza seria) (700 tabletek)					TAK/NIE			
Trijardy XR, 10 mg/5 mg/1000 mg (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl), extended-release tablets, (2-ga seria) (500 tabletek)					TAK/NIE			

*\*Nieprawidłowe skreślić*

*\*\* Od dnia podpisania umowy/złożenia zamówienia.*



Rzeczpospolita  
Polska



AGENCJA  
BADAŃ  
MEDYCZNYCH

Oświadczam, że jestem świadomy, że określona cena nie stanowi oferty Wykonawcy w celu zawarcia umowy, a jedynie stanowi podstawę do ustalenia szacunkowej wartości zamówienia i rozpoznania rynku.

.....  
*Data i miejsce*

.....  
*Podpis*