



HZJZ

HRVATSKI ZAVOD
ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Rockefellerova 7
HR-10000 Zagreb

T: +385 1 4863 222

F: +385 1 4863 366

p.p. 161

www.hzjz.hr

Zagreb, 11.04.2017. godine

Klasa: 406-09/17-09/72

Ur.broj: 381-09-92-17-1

Broj poziva: 70/17

POZIV NA DOSTAVU PONUDE

Poštovani,

Hrvatski zavod za javno zdravstvo Vam upućuje Poziv na dostavu ponude za predmet nabave: **Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu.**

Sukladno članku 12. Stavak 1. Zakona o javnoj nabavi (NN120/16) za procijenjenu vrijednost nabave iz Plana nabave manju od 200.000,00 kn bez PDV-a (tzv. jednostavnu nabavu) Hrvatski zavod za javno zdravstvo nije obvezan provoditi postupke javne nabave propisane Zakonom o javnoj nabavi za predmet nabave: cjepivo protiv hemofilusa tipa b (konjugirano), za 2017. godinu.

1. OPIS PREDMETA NABAVE

Predmet nabave je nabava:

„Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu sukladno tehničkoj specifikaciji iz Priloga 1. ovog Poziva.“

Procijenjena vrijednost nabave (bez PDV-a) 90.000,00 kn.

1. UVJETI NABAVE

- Način izvršenja :Ugovor o nabavi
- Rok izvršenja: listopad 2017. godine
- Rok trajanja ugovora: listopad 2017. godine
- Rok valjanosti ponude: 15 dana od dana otvaranja ponude
- Rok, način i uvjeti plaćanja: 30 dana od dana primitka valjanog računa

Cijena ponude: U cijenu ponude bez PDV-a uračunavaju se svi troškovi i popusti ponuditelja. Cijenu je potrebno prikazati na način da se iskaže cijena ponude bez PDV-a, iznos PDV-a te cijena ponude sa PDV-om. Ponuđena cijena neće se mijenjati za vrijeme važenja ugovora.

- Kriterij odabira ponuda: Najniža cijena

Nisu dopuštene varijante ponude.

Ponuda se obavezno predaje u papirnatom obliku u izvorniku, na način da se sva prazna mjesta u ponudbenoj dokumentaciji popune jasno tiskanim slovima i pišu neizbrisivom tintom. Tekst koji se unosi u ponudbenu dokumentaciju može se ispravljati na način da su ispravci vidljivi i dokazivi, s datumom i potvrdom ispravka pravovaljanim potpisom i pečatom ovlaštene osobe ponuditelja. Ponuda sa svim traženim priložima, osim kataloga ili prospekata te certifikata podnosi se na hrvatskom jeziku i latiničnom pismu. Katalogi, prospekti ili certifikati mogu biti na stranom jeziku. Ponudu je potrebno uvezati u cjelinu na način da se onemogući naknadno vađenje ili umetanje listova ili dijelova ponuda. Ponude se moraju označiti rednim brojem stranice kroz ukupni broj stranice ili obrnuto.

2. PONUDITELJ MORA DOSTAVITI SLJEDEĆE DOKAZE SPOSOBNOSTI:

- 3.1 Izjava o nekažnjavanju za kaznena djela iz članka 251. stavka 1. točke 1. podtočke a)-f) Zakona o javnoj nabavi (NN 120/16) koju daje osoba ovlaštena za zastupanje gospodarskog subjekta ovjerena od javnog bilježnika. Izjava ne smije biti starija od 3 mjeseca, računajući od dana slanja poziva za dostavu ponude (potpisana izjava o nekažnjavanju iz Priloga 4. ovog *Poziva*).
- 3.2 *Potvrdu porezne uprave o stanju duga, koja ne smije biti starija od 30 dana računajući od dana slanja poziva za dostavu ponude.*
- 3.3 *Izvod iz sudskog, obrtnog, strukovnog ili drugog odgovarajućeg registra države sjedišta gospodarskog subjekta. Ako se on ne izdaje u državi sjedišta gospodarskog subjekta,*

gospodarski subjekt može dostaviti izjavu s ovjerom potpisa kod nadležnog tijela. Izvod ili izjava ne smije biti starija od 3 mjeseca od dana slanja poziva za dostavu ponude.

3.4 Potpisane *Izjave* iz Priloga 2. ovog *Poziva*.

3.5 Dozvola Agencije za lijekove i medicinske proizvode (u daljnjem tekstu:

Agencija/HALMED) ili nadležnog tijela druge države članice EU za obavljanje djelatnosti prometa na veliko lijekova (veleprodaje lijekova).

Rješenje o davanju dozvole za promet lijekovima na veliko izdano od Agencije ili dozvola za promet na veliko lijekovima izdana od nadležnog tijela druge države članice EU, uz dokaz prijave Agenciji početka obavljanja djelatnosti na području Republike Hrvatske.

Proizvodna dozvola izdana od Agencije ili nadležnog tijela druge države članice ukoliko se radi o proizvođačima lijekova sa sjedištem u RH ili u državi članici EU za one lijekove koje proizvode i za koje imaju odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj.

4. Tehnička i stručna sposobnost

Kao dokaz minimalne razine tehničke i stručne sposobnosti ponuditelj treba dostaviti:

4.1. Suglasnost Agencije za unošenje ili uvoz lijeka za koji nije dano odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj ili Izjavu da će ishoditi Suglasnost Agencije za lijekove i medicinske proizvode za unošenje ili uvoz lijeka za koji nije dano odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj.

5. PONUDBENI LIST (ispunjen i potpisan od strane ponuditelja)

Ponuditelji su dužni priložiti zadnji odobreni sažetak opisa svojstva lijeka/cjepiva

6. TROŠKOVNIK ILI TEHNIČKE SPECIFIKACIJE (ispunjen i potpisan od strane ponuditelja)

7. NAČIN DOSTAVE PONUDE

Ponuda se dostavlja na ponudbenom listu i troškovniku iz ovog Poziva na dostavu ponude, a koje je potrebno ispuniti i potpisati od strane ovlaštene osobe ponuditelja.

Rok za dostavu ponude 19.04.2017. godine do 09.00 sati

Način dostave ponude: Ponuda se dostavlja u Uredbeni zapisnik na adresi naručitelja, osobno ili, poštom s naznakom na omotnici „Poziv na dostavu ponude“; Predmet nabave“ **Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu.** Mjesto otvaranja ponuda: Otvaranje ponuda održat će 19.04.2017. godine u 09.00 sati u prostorijama Naručitelja.

Otvaranje ponuda nije javno.

Kontakt osoba u vezi predmeta nabave: : Goranka Petrović, dr.med., tel. broj: 01/4863 – 279

Obavijest o rezultatima predmetne nabave: Naručitelj će ponuditelju dostaviti pisanu obavijest o rezultatima nabave.

S poštovanjem



Prilog 1.

TEHNIČKA SPECIFIKACIJA

Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu

1. Opis cjepiva:

- a) Sastav: 1 doza (0,5 ml) sadrži 10µg polisaharida Hemofilusa influence tip b konjugiranog na protein tetanusa.
- b) U jednodoznoj prezentaciji.
- c) Cjepivo mora imati odobrenje za stavljanje lijeka u promet dano od Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) ili Europske komisije ili Izjavu da će ishodovati Suglasnosti Agencije za unošenje ili uvoz lijeka za koji nije dano odobrenje za stavljanje u Republici Hrvatskoj.
- d) Cjepivo mora biti indicirano za cijepljenje i docjepiljivanje protiv Hib bolesti kod djece i osoba od 2 mjeseca starosti nadalje.
- e) Sastav, oblik, pakiranje i opremanje moraju biti u skladu s gore navedenim odobrenjem za stavljanje lijeka u promet, odnosno sukladno Zakonu o lijekovima (NN73/13, 90/14), Pravilniku o davanju odobrenja za stavljanje lijeka u promet (NN 83/13) i Pravilniku o provjeri kakvoće lijeka (NN 60/14).

2. Količina doza cjepiva koju je potrebno nabaviti:

- za 2017. godinu: 1.250 doza cjepiva

3. Rok isporuke: prva količina od 500 doza do 23. travnja 2017. godine; druga količina od 750 doza do 1. listopada 2017. godine

4. Rok valjanosti za prvu isporuku do kraja studenog 2017, a za drugu isporuku do siječnja 2019. godine.

Potvrđujemo da je naša ponuda za predmet nabave: **Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B (konjugirano)**, izrađena u skladu sa svim uvjetima i zahtjevima iz ove tehničke specifikacije

(mjesto i datum)

M.P. (ime, prezime i potpis odgovorne osobe
ponuditelja)

Prilog 2

TROŠKOVNIK

Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu

CPV – 33651600-4 cjepiva

1. Naziv ponuditelja: _____

Adresa: _____

MB: _____, OIB: _____

Proizvođač cjepiva i adresa: _____

2. Naručitelj: HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Adresa Zagreb, Rockefellerova 7

OIB: 75297532041

Predmet nabave: **Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B (konjugirano) za 2017. godinu**

Redni broj	Naziv cjepiva / oblik cjepiva/ pakiranje	Jedinična cijena bez PDV-a za dozu	Količina cjepiva (u dozama)	Cijena za ukupnu količinu (u kn)
1.			1.250	
			CIJENA bez PDV-a u kn	
			PDV (____ %) u kn	
			Ukupna cijena s PDV-om u kn	

(mjesto i datum)

M.P.

(ime, prezime i potpis
odgovorne osobe ponuditelja)

Prilog 3

PONUDBENI LIST

PREDMET NABAVE: Cjepivo protiv Hemofilusa tipa B, (konjugirano), prema programu obveznog cijepljenja za 2017. godinu

NARUČITELJ: HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, ZAGREB,
ROCKEFELLEROVA 7, OIB 75297532041

NAZIV PONUDITELJA: _____

ADRESA: _____

OIB: _____

BROJ RAČUNA (IBAN): _____

PONUĐITELJ U SUSTAVU PDV-A (zaokružiti) DA NE

CIJENA PONUDE (bez PDV-a) _____

PDV: _____

CIJENA PONUDE (s PDV-om) _____

Broj ponude: _____

Datum ponude: _____

(potpis i pečat ponuditelja)

Prilog 4

IZJAVA (o nekažnjavanju)

Temeljem članka 251. Zakona o javnoj nabavi (NN 120/16), dajem sljedeću

IZJAVU

Ja, _____ (ime i prezime), OIB: _____ iz _____ izjavljujem da mi nije izrečena pravomoćna osuđujuća presuda za bilo koje od slijedećih kaznenih djela prema Kaznenom zakonu RH ili prema nacionalnim propisima čiji je osoba državljanin:

a) sudjelovanje u zločinačkoj organizaciji (članak 328. , 329. i 333.)

b) korupciju

(čl. 252.,253.,254.,291.,292.,293.,294.,295.,296.,294a.,294b.,337.,338.,343.,347.,i 348.)

c) prijevaru (čl.236.,247.,256.,258., 224.,293., i 286.)

d) terorizam ili kaznena djela povezana s terorističkim aktivnostima (čl. 97., 99.,100.,101., 102., 169.,169a.,169b.)

e) pranje novca ili financiranje terorizma (čl. 98., 265., 279.)

f) dječji rad ili druge oblike trgovanja ljudima (čl. 106., i 175.)

Ovu izjavu dajem osobno, za sebe, kao osoba ovlaštena za zastupanje gospodarskog subjekta _____ (tvrtka), OIB: _____ sa sjedištem u _____.

U _____, _____ 2017. godine.

Ponuditelj:

M.P

(potpis ovlaštene osobe za zastupanje)

Prilog 5.

IZJAVE

- 1.1. Svojim potpisom i štambiljem potvrđujem da su nam poznate odredbe iz zahtjeva za dostavu ponude, da ih prihvaćamo i da ćemo izvršiti predmet nabave u skladu s tim odredbama i za cijenu koju smo naveli u ovoj ponudi.
- 1.2. Preuzimamo obvezu, ukoliko naša ponuda bude odabrana, izvršiti traženu isporuku *roba/usluga/radova* u roku od isporuke navedene u ponudi.
- 1.3. Plaćanje izvršene usluge obavljat će se temeljem ispostavljenog računa u roku 30 dana od izvršene isporuke *roba/usluga/radova*, prema narudžbenici Naručitelja, na naš IBAN kod poslovne banke:

U _____

Potpis i pečat ponuditelja