Zakroczym, dnia 04.07.2025 r.
*miejsce i data*

**FORMULARZ ROZEZNANIA RYNKU**

1. **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 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: 21.07.2025 r.**

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

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**
2. Planowane zamówienie częściowe dotyczy *wzorca niefarmakopealnego szczegółowo opisanego poniżej w pkt II.5.*

.

1. KOD CPV: 33696300-8 - Odczynniki chemiczne
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **maksymalnie do 6 tygodni od dnia zawarcia umowy/złożenia zamówienia.**
3. Miejsce realizacji zamówienia: Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM sp. z oo, Zakroczym
4. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

|  |
| --- |
| **Wymagania** |
| **Część zamówienia** | **Specyfikacja** |
| **Część nr 1** | **nazwa:** Wzorzec Linagliptyny S izomer**nazwa chemiczna:** 8-[(3S)-3-aminopiperidin-1-yl]-7-(but-2-yn-1-yl)-3-methyl-1- [(4-methylquinazolin-2-yl)methyl]-3,7-dihydro-1H-purine-2,6-dione**ilość:** 20 mg **wymagania jakościowe:*** CAS numer 668270-11-9
* moc wzorca ≥ 90%
* tożsamość (za pomocą min. 2 metod) potwierdzająca strukturę związku np. NMR, MS, IR), dane potwierdzające tożsamość w certyfikacie lub dołączone do certyfikatu
* data ważności/re-testu - preferowane min. 12 miesięcy (w przypadku re-testu informacja o możliwości re-testu wzorca (tak/nie)
 |
| **Dokumentacja** |
| **Dla części nr 1**  | 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. |

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: ………………………...Warunki płatności: ……………………………Data sporządzenia oferty: …………………… |
| **Wycena**  | Specyfikacja | Spełnienie wymagań specyfikacji TAK/NIE2) |
| Nr części | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wielkość oferowanego opakowania [mg] | Cena całkowita netto za całość (dla każdej części) | Cena całkowita brutto za całość (dla każdej części) | Koszty dostawy | Inne koszty1)  |  |  |
| 1. | **nazwa:** Wzorzec Linagliptyny S izomer**nazwa chemiczna:** 8-[(3S)-3-aminopiperidin-1-yl]-7-(but-2-yn-1-yl)-3-methyl-1- [(4-methylquinazolin-2-yl)methyl]-3,7-dihydro-1H-purine-2,6-dione**ilość:** 20 mg  |  |  |  |  |  | CAS numer 668270-11-9  |  |
| moc wzorca ≥ 90%  |  |
| tożsamość (za pomocą min. 2 metod) potwierdzająca strukturę związku np. NMR, MS, IR), dane potwierdzające tożsamość w certyfikacie lub dołączone do certyfikatu |  |
| data ważności/re-testu - preferowane min. 12 miesięcy (w przypadku re-testu informacja o możliwości re-testu wzorca (tak/nie) |  |

1) podać rodzaj kosztu i cenę

2) prosimy o wpisanie TAK lub NIE dla każdej pozycji specyfikacji.

…………………………………… ..…….………………………………………

*Data i miejsce Podpis*