

Zakroczym, dnia 07.03.2023 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 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: 15.03.2023 r.

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

II. Opis przedmiotu zamówienia:

- Planowane zamówienie częściowe dotyczy *wzorców farmakopealnych szczegółowo opisanych poniżej w pkt II.5.*
- Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne pozycje, określone w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
- KOD CPV: 33696300-8 - Odczynniki chemiczne
- Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **Wszystkie wskazane w pkt II. 5 pozycje planowane są do zamówienia do 31.12.2023 i powinny zostać dostarczone do zamawiającego w terminie maksymalnie do 6 tygodni od dnia zawarcia umowy/złożenia zamówienia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do składania zamówień częściowych do 31.12.2023.**
- Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Wymagania	
Część zamówienia	Specyfikacja
Część nr 1	nazwa: Metformin hydrochloride CRS ilość: 50 mg (preferowane w 1 opakowaniu) wymagania jakościowe: <ul style="list-style-type: none">Kod produktu: M0605000 lub równoważny*CAS numer 1115-70-4Data ważności - aktualny w dniu dostawyZgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia)
Część nr 2	nazwa: Metformin impurity A CRS ilość: 25 mg (preferowane w 1 opakowaniu) wymagania jakościowe: <ul style="list-style-type: none">Kod produktu: Y0001590 lub równoważny*

	<ul style="list-style-type: none"> • CAS numer 461-58-5 • Data ważności - aktualny w dniu dostawy • Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia)
Część nr 3	<p>nazwa: Metformin impurity F CRS</p> <p>ilość: 2 mL (preferowane w 1 opakowaniu)</p> <p>wymagania jakościowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kod produktu: Y0001600 lub równoważny* • CAS numer 506-59-2 • Data ważności - aktualny w dniu dostawy • Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia)
Część nr 4	<p>nazwa: Metformin related compound B USP reference standard</p> <p>ilość: 50 mg (preferowane w 2 opakowaniach po 25 mg)</p> <p>wymagania jakościowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kod produktu: 1396331 lub wzorzec równoważny* • CAS numer 1674-62-0 • Data ważności - aktualny w dniu dostawy (dla wzorca równoważnego preferowana min. 6 miesięcy od daty dostawy) • Zgodność z USP (US Pharmacopeia)
Dokumentacja/Wymagania dodatkowe	
Dla części nr 1-3	Do każdej dostawy Wykonawca zamówienia musi dostarczyć dokument identyfikujący dostarczaną pozycję zamówienia (m.in. w zakresie numeru serii wzorca). W dniu dostawy do Zamawiającego dostarczony wzorzec musi mieć status "aktualny" (valid) – sprawdzenie przez Zamawiającego na stronie https://crs.edqm.eu .
Dla części nr 4	Do każdej dostawy Wykonawca zamówienia musi dostarczyć dokument identyfikujący dostarczaną pozycję zamówienia (m.in. w zakresie numeru serii wzorca). W dniu dostawy do Zamawiającego dostarczony wzorzec musi mieć status "aktualny" (current) – sprawdzenie przez Zamawiającego na stronie https://store.usp.org .

*w przypadku wzorca równoważnego, prosimy o załączenie certyfikatu do oferty.

6. Ocena

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

Ocenie będzie podlegać oferowana cena.

Wzór informacji do uzupełnienia przez oferenta:

Pełna nazwa Wykonawcy:

Osoba do kontaktu:

Adres Wykonawcy:

Dane do kontaktu:

NIP:

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*		
1.	Metformin hydrochloride CRS 50 mg (preferowane w 1 opakowaniu)						Kod produktu: M0605000 lub równoważny*	
							CAS numer 1115-70-4	
							Data ważności - aktualny w dniu dostawy	
							Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia)	
2.	Metformin impurity A CRS 25 mg (preferowane w 1 opakowaniu)						Kod produktu: Y0001590 lub równoważny*	
							CAS numer 461-58-5	
							Data ważności - aktualny w dniu dostawy	
							Zgodność z Ph. Eur. (European Pharmacopoeia)	

3.	Metformin impurity F CRS 2 mL (preferowane w 1 opakowaniu)						Kod produktu: Y0001600 lub równoważny*	
							CAS numer 506-59-2	
							Data ważności - aktualny w dniu dostawy	
4.	Metformin related compound B USP reference standard 50 mg (preferowane w 2 opakowaniach po 25 mg)						Kod produktu: 1396331 lub wzorzec równoważny*	
							CAS numer 1674-62-0	
							Data ważności - aktualny w dniu dostawy (dla wzorca równoważnego preferowana min. 6 miesięcy od daty dostawy)	
							Zgodność z USP (US Pharmacopeia)	

* podać rodzaj kosztu i cenę

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

.....
Data i miejsce

.....
Podpis