

DPS.1085.ZP.169.2017

Wykonawcy zainteresowani uczestnictwem w zapytaniu ofertowym na zadanie:  
„Dostawa leków pełnopłatnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op.  
z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka”.

Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy przesyła w załączeniu formularz ofertowy na zadanie: „Dostawa leków pełnopłatnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka”.

Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków pełnopłatnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8 zgodnie z załącznikiem nr 1 na zasadach:

1) Wykonawca zobowiązuje się do dostawy leków do następujących Domów:

- a) DPS Strzelce Op., ul. Strażacka 8
- b) DPS Filia Szymiszów, ul. Strzelecka 2
- c) DPS Filia Leśnica, ul. Szpitalna 20

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków (zgodnie z załącznikiem nr 1 – do formularza ofertowego), produkty farmaceutyczne winny spełniać warunki dopuszczenia do obrotu i stosowania na terenie Polski określone w ustawie z dnia 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne.

2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki w ilościach zgodnych ze składanymi zamówieniami.

3. Oferty z rażąco niską ceną będą odrzucane.

4. Asortyment produktów i ich ceny jednostkowe zawarte są w formularzu ofertowym, będącego załącznikiem do niniejszej umowy.

5. Wykonawca wyraża gotowość dostarczania do Zamawiającego leków receptowych, płatnych zgodnie z aktualnym wykazem ustalonym przez Ministra Zdrowia - Wykonawca będzie odbierał recepty na leki z siedzib Zamawiającego codziennie od poniedziałku do soboty w ciągu 24 godzin od momentu powiadomienia, recepty cito - w ciągu 6 godzin.

Dostawa zamówionego towaru zostanie zrealizowana do 24 godzin od przekazania recept, z zastrzeżeniem, że recepty cito realizowane będą do 10 godzin.

6. W razie niedostarczenia partii towaru przez Wykonawcę w umówionym terminie lub w ilości mniejszej niż zamówiona, Zamawiający może zakupić ten towar od innego podmiotu.

Wykonawca pokrywa różnicę między ceną jednostkową towaru zakupionego u innego podmiotu, a ceną jednostkową towaru określoną w załączniku nr 1 do umowy.

7. Wykonawca dostarcza towar w oryginalnych, zamkniętych opakowaniach, które spełniają wymogi przewidziane przepisami prawa.

8. Reklamacje ilościowe, w zakresie zgodności ilości dostawy z zamówieniem lub zgodności ilości dostawy z ilościami wyszczególnionymi w specyfikacji ilościowo-asortymentowej dołączonej przez Wykonawcę do dostawy, Zamawiający zgłasza Wykonawcy telefonicznie lub pisemnie w terminie trzech dni roboczych od daty dostawy.

9. Reklamacje jakościowe Zamawiający zgłasza Wykonawcy niezwłocznie po stwierdzeniu wady w formie pisemnej, nie później niż do upływu terminu ważności reklamowanych leków

10. Wykonawca załatwia reklamacje jakościowe i ilościowe w terminie 7 dni roboczych od daty zgłoszenia reklamacji.

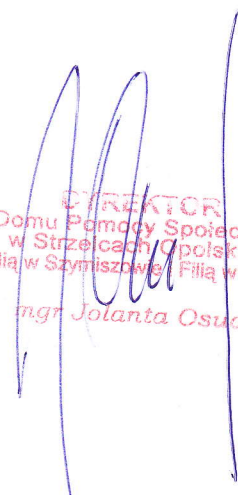
- 2). Dopuszcza się składanie ofert na preparaty w innych opakowaniach jednostkowych, wówczas obowiązuje przeliczenie ilości preparatu do wartości sumarycznej podanej przez Zamawiającego.
- 3). Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać minimum 12- miesięczny termin ważności licząc od dnia dostawy. Zamawiający dopuszcza termin ważności przedmiotu zamówienia krótszy tylko w uzasadnionych przypadkach i po uprzednim uzyskaniu zgody Zamawiającego.
- 4). Oznakowanie dostarczonych preparatów (ulotki informacyjne, etykiety - oryginalne) muszą być sporządzone w języku polskim.
- 5). W okresie trwania umowy Wykonawca może zaproponować lek zastępczy, w przypadku braku zamawianego preparatu (wymienionego w załączniku nr 1 – do formularza ofertowego, będącym integralną częścią umowy), z zastrzeżeniem, że lek zastępczy jest rozwiązaniem opcjonalnym i ma na celu zapewnienie Zamawiającemu ciągłości dostaw leków niezbędnych do leczenia mieszkańców, a Wykonawcy osiągnięcie spodziewanego zysku z tytułu realizacji umowy, także w przypadku wycofania danego preparatu z rynku lub wstrzymania jego produkcji. W wyniku zaistniałej sytuacji, o której mowa powyżej, Wykonawca zaoferuje lek zamienny po cenie rynkowej. Jeżeli zaoferowana cena preparatu zastępczego przewyższa cenę leku ofertowego, Zamawiający zastrzega sobie prawo do rezygnacji z zakupu leku zastępczego.
- 6). Zamawiający zastrzega sobie możliwość w czasie trwania umowy zmniejszenia lub zwiększenia zakupu prognozowanej ilości leków w zależności od potrzeb mieszkańców DPS. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia wobec Zamawiającego z tego tytułu.

Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

1. Druk - formularz oferty,
2. Wypełniony załącznik nr 1,
3. Przedłożyć dwie referencje od NzoZ i trzy referencje od DPS –ów,
4. Przedłożyć zaświadczenie o zarejestrowaniu podmiotu jako podatnika VAT czynnego,
5. Przedłożyć polisę ubezpieczeniową apteki na co najmniej 100.000zł,
6. Wykazać w ofercie co najmniej cztery osoby z wyższym wykształceniem farmaceutycznym

**Termin składania ofert upływa z dniem 18.04.2017r. r. do godz. 10<sup>00</sup>**

Ofertę należy złożyć w sekretariacie DPS w Strzelcach Op. ul. Strażacka 8 osobiście, pocztą, faxem lub pocztą elektroniczną.

  
DIREKTOR  
Dому Pomocy Społecznej  
w Strzelcach Opolskich  
z Filią w Szymbarku i Filią w Leśnicy  
mgr Jolanta Osuch



## Formularz ofertowy

na wykonanie zadania: **dostawa leków pełnopłatnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8**

### **I. Nazwa zamawiającego: Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy**

Kierownik zamawiającego: Dyrektor DPS Pani Jolanta Osuch

ul. Strażacka 8, kod: 47-100, Miejscowość: Strzelce Op., Powiat: strzelecki

e-mail: [dps.strzelceopolskie@wp.pl](mailto:dps.strzelceopolskie@wp.pl)

tel. /fax 077/461-34-80

### **II. Nazwa i adres Wykonawcy:**

Nazwa .....

Siedziba .....

Województwo .....

Nr telefonu .....

Nr faksu .....

### **III. Nazwa i przedmiot zamówienia:**

Dostawa leków pełnopłatnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8.

### **IV. Wartość zamówienia:**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę brutto: .....

Słownie: .....

Podatek VAT : .....%, w kwocie: .....

Słownie: .....

Cena netto: .....

Słownie: .....

### **2. Deklaruję ponadto: \***

a) termin wykonania zamówienia: do dnia 31.12.2017r.

b) okres gwarancji: .....

c) warunki płatności: .....

### **3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącego integralną część oferty są: \***

1. Załącznik nr 1,

2. Przedłożyć dwie referencje od NzoZ i trzy referencje od DPS-ów,

3. Przedłożyć zaświadczenie o zarejestrowaniu podmiotu jako podatnika VAT czynnego,

4. Przedłożyć polisę ubezpieczeniową apteki na co najmniej 100.000zł,

5. Wykazać w ofercie co najmniej cztery osoby z wyższym wykształceniem farmaceutycznym

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy

\* niepotrzebną część skreślić

Umowa nr ...../2017

Zawarta w dniu ..... w Strzelcach Opolskich pomiędzy: **Powiatem Strzeleckim, reprezentowanym przez Jolantę Osuch, działającą na podstawie upoważnienia wydanego przez Zarząd Powiatu Strzeleckiego z dnia 08.12.2016r. Dyrektorowi DPS w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy, ul. Strażacka 8, 47-100 Strzelce Op., zwanym dalej „Wykonawcą”, NIP: 756-18-12-928**

**a .....**  
**prowadzącym działalność pod firmą – .....**  
**reprezentowanym przez:**

**1. .... zwanym dalej Zamawiającym, NIP: .....**

**§1**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków poza receptowych (zgodnie z załącznikiem nr 1 - formularz ofertowy), produkty farmaceutyczne winny spełniać warunki dopuszczenia do obrotu i stosowania na terenie Polski określone w ustawie z dnia 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne.

2. Dopuszcza się składanie ofert na preparaty w innych opakowaniach jednostkowych, wówczas obowiązuje przeliczenie ilości preparatu do wartości sumarycznej podanej przez Zamawiającego.

3. Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać minimum 12- miesięczny termin ważności licząc od dnia dostawy. Zamawiający dopuszcza termin ważności przedmiotu zamówienia krótszy tylko w uzasadnionych przypadkach i po uprzednim uzyskaniu zgody Zamawiającego.

4. Oznakowanie dostarczonych preparatów (ulotki informacyjne, etykiety - oryginalne) muszą być sporządzone w języku polskim.

5. W okresie trwania umowy Wykonawca może zaproponować lek zastępczy, w przypadku braku zamawianego preparatu (wymienionego w załączniku nr 1 – do formularza ofertowego, będącym integralną częścią umowy), z zastrzeżeniem, że lek zastępczy jest rozwiązaniem opcjonalnym i ma na celu zapewnienie Zamawiającemu ciągłości dostaw leków niezbędnych do leczenia mieszkańców, a Wykonawcy osiągnięcie spodziewanego zysku z tytułu realizacji umowy, także w przypadku wycofania danego preparatu z rynku lub wstrzymania jego produkcji. W wyniku zaistniałej sytuacji, o której mowa powyżej, Wykonawca zaoferuje lek zamienny po cenie rynkowej. Jeżeli zaoferowana cena preparatu zastępczego przewyższa cenę leku ofertowego, Zamawiający zastrzega sobie prawo do rezygnacji z zakupu leku zastępczego.

6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość w czasie trwania umowy zmniejszenia lub zwiększenia zakupu prognozowanej ilości leków w zależności od potrzeb mieszkańców DPS. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia wobec Zamawiającego z tego tytułu.

**§2**

1. Wykonawca oświadcza, że towar objęty przedmiotem umowy posiada świadectwo rejestracji wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ulotkę informacyjną o leku w języku polskim.

2. Wykonawca zobowiązuje się do dostawy towarów fabrycznie nowych, posiadających termin ważności wyraźnie oznaczony, nie krótszy niż 12 miesięcy.



### §3

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki w ilościach zgodnych ze składanymi zamówieniami.
2. Asortyment produktów i ich ceny jednostkowe zawarte są w formularzu ofertowym, będącego załącznikiem do niniejszej umowy.
3. Wykonawca wyraża gotowość dostarczania do Zamawiającego leków receptowych, płatnych zgodnie z aktualnym wykazem ustalonym przez Ministra Zdrowia - Wykonawca będzie odbierał recepty na leki z siedzib Zamawiającego codziennie od poniedziałku do soboty w ciągu 24 godzin od momentu powiadomienia, recepty cito - w ciągu 6 godzin.  
Dostawa zamówionego towaru zostanie zrealizowana do 24 godzin od przekazania recept, z zastrzeżeniem, że recepty cito realizowane będą do 10 godzin.
4. W razie niedostarczenia partii towaru przez Wykonawcę w umówionym terminie lub w ilości mniejszej niż zamówiona, Zamawiający może zakupić ten towar od innego podmiotu. Wykonawca pokrywa różnicę między ceną jednostkową towaru zakupionego u innego podmiotu, a ceną jednostkową towaru określoną w załączniku nr 1 do umowy.
5. Wykonawca dostarcza towar w oryginalnych, zamkniętych opakowaniach, które spełniają wymogi przewidziane przepisami prawa.
6. Reklamacje ilościowe, w zakresie zgodności ilości dostawy z zamówieniem lub zgodności ilości dostawy z ilościami wyszczególnionymi w specyfikacji ilościowo-asortymentowej dołączonej przez Wykonawcę do dostawy, Zamawiający zgłasza Wykonawcy telefonicznie lub pisemnie w terminie trzech dni roboczych od daty dostawy.
7. Reklamacje jakościowe Zamawiający zgłasza Wykonawcy niezwłocznie po stwierdzeniu wady w formie pisemnej, nie później niż do upływu terminu ważności reklamowanych leków
8. Wykonawca załatwia reklamacje jakościowe i ilościowe w terminie 7 dni roboczych od daty zgłoszenia reklamacji.

### §4

1. Osobą upoważnioną do odbioru i potwierdzenia dostawy jest pielęgniarka dyżurna. Zamawiający odmówi przyjęcia dostarczonych produktów w przypadku niezgodności dostawy z zamówieniem.
2. Powiadomienie Wykonawcy o zamówieniu poszczególnych leków składane jest telefonicznie, faxem lub pocztą elektroniczną z wyprzedzeniem co najmniej 24-godzinnym, z wyjątkiem recept cito.

### §5

1. Asortyment towaru, prognozowaną ilość oraz cenę jednostkową brutto zawiera załącznik nr 1 do umowy.
2. Faktury za leki będą wystawiane niezwłocznie po każdej dostawie na podstawie zrealizowanych recept i zapotrzebowań składanych przez Zamawiającego.
3. Okres płatności do 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury.
4. Terminem zapłaty jest data obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. Za zwłokę w zapłacie Wykonawca może żądać odsetek ustawowych,
6. Zamawiający wymaga stałości cen przez cały okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem art.144 - prawo zamówień publicznych tj.:  
- zamawiający zastrzega, że cena asortymentu może się zmienić w przypadku zmian przepisów ogólnych w tym zakresie, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 ze zm.).

- zamawiający zastrzega, że zmianę tych cen dopuszcza się z dniem wejścia w życie odpowiednich przepisów.
  - w przypadku gdy wzrost cen proponowanego asortymentu po cenach umownych u producenta przekroczy 10% w stosunku do cen w dniu złożenia oferty (wzrost ten może być uwzględniony po wcześniejszym udokumentowaniu przez Wykonawcę).
  - w przypadku asortymentu importowanego zmiana cen będzie możliwa, gdy wskaźnik wzrostu kursu waluty producenta przekroczy 8% w stosunku do kursu z dnia złożenia oferty (średni kurs NBP).
  - zmiany cen wynikających ze zmian stawek podatkowych w stopniu wynikającym z tych zmian oraz w innych, nie dających się przewidzieć przypadkach przed przystąpieniem do składania ofert.
  - podwyższenie cen umownych nie może nastąpić w okresie krótszym niż 3 miesiące od podpisania umowy.
  - wykonawca o zmianie cen na wyższe winien powiadomić zamawiającego pisemnie z minimum 7 - dniowym wyprzedzeniem wraz z uzasadnieniem dokonanych podwyżek.
- o zamawiający dopuszcza zmianę ceny jednostkowej brutto w sytuacji zmiany stawki podatku VAT wynikającej z obowiązującego prawa.
7. Strony zastrzegają możliwość ograniczenia asortymentu towaru objętego przedmiotem zamówienia o pozycje, które wyłączono z produkcji lub ich produkcja została wstrzymana w trakcie realizacji niniejszej umowy.

## §6

1. Zapłata na rzecz Dostawcy za dostarczone leki nastąpi według cen zawartych w formularzu cenowym złożonym wraz z ofertą w formie przelewu w terminie 14 dni od daty wystawienia przez Dostawcę faktury VAT.
2. Faktura za dostarczone leki będą następująco wskazywać Nabywcę i Odbiorcę.

Nabywca:

Powiat Strzelecki  
ul. Jordanowska 2  
47-100 Strzelce Op.  
NIP: 756-18-12-928

Odbiorca:

Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy,  
ul. Strażacka 8, 47-100 Strzelce Op.

3. Faktura będzie dostarczona do Odbiorcy tj. Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy, ul. Strażacka 8, 47-100 Strzelce Op.
4. Płatnikiem faktury za dostarczone leki będzie Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy.
- 5. Przewidywany koszt zakupu leków, uwzględniający obowiązującą cenę leków pełnopłatnych, wynosi zgodnie z ofertą ..... brutto (słownie zł .....).**

## §7

1. Umowa obowiązuje w okresie od dnia podpisania umowy do 31.12.2017r.
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron bez podania przyczyn za 30 dniowym okresem wypowiedzenia.



#### **§8**

1. Zamawiający zapłaci za zrealizowane dostawy przelewem w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury.

#### **§9**

1. Z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne w wysokości 3% ceny niezrealizowanej części zamówienia.

2. W przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, Zamawiający zapłaci karę umowną w wysokości 3% ceny niezrealizowanej części zamówienia.

3. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kary z jego należności.

#### **§10**

1. W sprawach nie uregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

2. W sprawach spornych właściwym do ich rozstrzygnięcia będzie Sąd odpowiedni do siedziby Zamawiającego.

#### **§ 11**

1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**