



ZAPROSZENIE

Wrocław dnia 4.10.2022

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej,
ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław,
KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384,
tel. 71 306 41 01(13)

ZAPRASZA DO SKŁADANIA OFERTY CENOWEJ na podst. art. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

1. Opis przedmiotu zamówienia

- 1) Przedmiotem zamówienia jest dostawa na produkty lecznicze (33632200-1, 33642200-4, 33642300-5, 33661000-1, 33661100-2, 33661200-3, 33661300-4, 33661500-6, 33662100-9, 33674000-5, 33675000-2, 33690000-3, 33692100-8, 33692700-4, 33694000-1).
- 2) Zamawiający wymaga dołączenia do oferty asortymentowo-cenowej opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane parametry lub oświadczenia o ich posiadaniu i udostępnieniu ich na każde żądanie Zamawiającego
- 3) Jako odrębny załącznik (nr 2) . Zamawiający zamieścił projekt umowy, która określa warunki umowne realizacji przedmiotowego zamówienia. Przewidywany okres zawarcia umowy 1 miesiąc.

2. Wykaz wymaganych dokumentów od Wykonawcy:

- 1) Wypełniony, podpisany i opieczętowany :
 - a/ formularz asortymentowo-cenowy -załącznik nr 1,
 - b/ formularz oferty -załącznik nr 3,
- 2) Wypełniony i zaparafowany wzór umowy – załącznik nr 2,
- 3) Aktualny wpis do właściwego rejestru , uprawniającego Wykonawcę do występowania w obrocie prawnym (potwierdzony za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę),
- 4) Zezwolenie na prowadzenie działalności uprawniającej do obrotu produktami leczniczymi zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę),
- 5) Oświadczenie Wykonawcy, że oferowane produkty lecznicze są dopuszczone w rozumieniu ustawy o produktach leczniczych do obrotu i stosowania na terenie RP,
- 6) Dołączenie opisów np. folderów, katalogów, informacji producenta potwierdzające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia - potwierdzające wyspecyfikowane w formularzu parametry lub oświadczenia o ich posiadaniu i udostępnieniu na każde wezwanie Zamawiającego.

Uwaga ! W przypadku braku w w/w materiałach podanej nazwy producenta, Zamawiający dopuszcza jej potwierdzenie poprzez złożenie oświadczenia. Wskazana nazwa producenta w złożonym oświadczeniu powinna być tożsama z nazwą producenta wskazaną w „Formularzu asortymentowo-cenowym”.

Sporzadziła: Anna Wrona



**DOLNY
ŚLĄSK**



**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej**

3. Miejsce i termin złożenia oferty cenowej

Ofertę cenową należy złożyć w terminie **do dnia 10.10.2022r do godziny 14:00** w formie:

1) pisemnej na adres : Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław. Ofertę należy umieścić w zaklejonej kopercie. Koperta powinna posiadać **dopisek „zapytanie ofertowe- apteka szpitalna”**.

lub

2) drogą elektroniczną na adres : apтека@szpital-marciniak.wroclaw.pl z dopiskiem „**oferta do zapytania ofertowego LF/104/7/2022**”

4. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z pytaniami dotyczącymi treści Zaprośzenia wyłącznie pisemnie drogą elektroniczną na adres e – mail : apтека@szpital-marciniak.wroclaw.pl **nie później niż 3 dni robocze przed upływem terminu składania ofert.**

5. Kryterium

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się najniższą ceną.

6. Termin związania z ofertą

Wykonawca jest związany swoją ofertą przez okres 60 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

7. Informacje dotyczące unieważnienia postępowania oraz wyboru najkorzystniejszej oferty cenowej:

Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyny.

Od podjętej przez Zamawiającego decyzji dotyczącej rozstrzygnięcia nie przysługuje Oferentowi odwołanie.

Wszystkie pisma składane przez Wykonawców, mające charakter odwołania do rozstrzygnięcia, pozostaną bez rozpatrzenia.

Zamawiający zamieści na stronie internetowej w terminie 5 dni roboczych liczonych od upływu zatwierdzenia rozstrzygnięcia przez Dyrekcję Szpitala.

Załączniki do niniejszego Zaprośzenia:

1. Formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 1
2. Wzór umowy - załącznik nr 2
3. Formularz oferty - załącznik nr 3

Kierownik Apteki

Sporządziła: Anna Wrona

mgr farm. Barbara Szklarz



**DOLNY
ŚLĄSK**

Anna Wrona
magister farmacji
PWZ 17038386

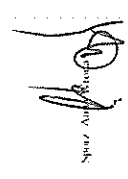
**Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa**

lek. Jacek Kubica
specjalista chirurg

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka –
Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
mail: sekretariat@szpital-marciniak.wroclaw.pl
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

1. p. Nazwa medycyny	Nazwa handlowa	Uit	Forma/rodzaj opł	Ilość/ wzrostek opł	Recepcja opł *	Ilość opł Zamówiono podlegającego	znf. ilosc w opł *	znf. ilosc opł Zamówiono podlegającego	Cost Neto	VAI	Kwota VAI	Cost I brutto	Wartość netto	Kwota VAT	Wartość brutto z Vat	Wartość brutto z Vat z podatkiem od towarów i usług	Kod EAN	
4	Paracetamolum	op	czpka	0.125g	10	2.0												
5	Paracetamolum	op	czpka	0.25g	10	2.0												
6	Paracetamolum	op	czpka	0.5g	10	2.0												
7	Paracetamolum	op	strop	0.125g/5ml	150g	8.0												
8	Paracetamolum	op	tblt	0.5g	1000	1.0												
ZADANIE 19																		
1	Amoxiclavum	op	tblt	0.2g	60	5.0												
2	Amoxiclavum	op	tblt AS	0.15g/5ml	5	5.0												
3	Doxycyclinum	op	tblt	0.15g	60	1.0												
4	Doxycycline	op	tblt	0.25mg	30	5.0												
5	Glicocodoluminas	op	neuroł	0.1mg/ tabletk	10g Zobalwek	5.0												
6	Glicocodoluminas	op	tblt IV	0.1mg/ tblt	10	10.0												
ZADANIE 20																		
1	Casipipolum	op	tblt	0.0125g	40	5.0												
2	Casipipolum	op	tblt	0.025g	40	8.0												
3	Carvedilolum	op	tblt	0.0625g	30	7.0												
4	Carvedilolum	op	tblt	0.0125g	30	3.0												
5	Carvedilolum	op	tblt	0.025g	30	2.0												
RAZEM																		
RAZEM																		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Nazwa i symbolizacja	Nazwa i symbolizacja	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane	Wzrost / waga / inne dane
ZADANIE 23																			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ZADANIE 24																			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
ZADANIE 25																			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
ZADANIE 26																			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3


 Sporządził:

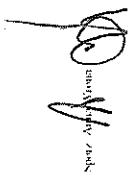
1	Nazwa i nr rejestracyjny	Nazwa handlowa	TUO	Forma i rodzaj opakowania	Ilość w opakowaniu	Ilość w opakowaniu pojedynczym	rodz. opak. / Zastosowanie pojedynczego	Cena Netto	VAI	Koszt VAI	Cena Brutto	Wartość netto i VAT	Wartość netto i VAT (maksymalna wartość wyliczeniowa)	Kod FAR
4	Imunochromat		sp	kaps	100	100								
5	Smolecynamin		sp	kaps	100	200								
6	Dobryczamin		sp	tblt	20	500								
7	Dobryczamin		sp	tblt	5	2200								
8	Leucogen (wzrostek - Metyloerytrynian) - Działanie: Inhibitory hem		sp	tblt	30	50								
9	Leucogen (wzrostek - Metyloerytrynian) - Działanie: Inhibitory hem		sp	tblt	30	80								
10	Leucogen (wzrostek - Metyloerytrynian) - Działanie: Inhibitory hem		sp	tblt	30	150								
11	Ilowocamin		sp	tblt	6	150								
12	Metoclopramidum		sp	tblt	50	50								
13	Metoclopramidum		sp	tblt	5	1200								
14	Papaverinum		sp	tblt	30	20								
ZADANIE 37														
1	Carbimazolum		sp	kaps	20	50								
2	Carbimazolum		sp	tblt	50	6								
ZADANIE 38														
1	Carbimazolum		sp	tblt	30	100								
2	Carbimazolum		sp	tblt	30	30								

Spółka Akcyjna


№	Nazwa substancji	Składnik	Forma	Wzrost / Ciężar ciała	Wiek	Wzrost / Ciężar ciała	Wiek	Wzrost / Ciężar ciała	Wiek	Wzrost / Ciężar ciała	Wiek	Wzrost / Ciężar ciała	Wiek
1	Substancja czynna												
2	Substancja		op										
3	Substancja		op										
4	Substancja		op										
5	Substancja		op										
6	Substancja		op										
7	Substancja		op										
ZADANIE 31													
1	Substancja czynna												
2	Substancja		op										
3	Substancja		op										
4	Substancja		op										
5	Substancja		op										
ZADANIE 32													
1	Substancja		op										

Spis Am...


1 p	Nazwa i adres Wykonawcy	Nazwa handlowa	Typ	Postać/czyność opł	Dawka / wielkość opł	Ilość w opł	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Wzrost / Wysokość / Znaczenie postawowe	Kod FAR
2	Mikrodrożniaki		op	tbl	0,015g	100	2,0								
3	Pochłoniacz tłuszczu		op	tbl	0,025g	10	80,0								
ZAPAMIE 33															
1	Hyaluronian		op	tbl	0,02g	20	8,0								
2	Medycyna przeciwnowotworowa - preparaty przeciwnowotworowe do stosowania w postaci doustnej		op	zawieszka do wstrzyknięcia	0,01g/ml	1	13,0								
3	Medycyna przeciwnowotworowa - preparaty przeciwnowotworowe do stosowania w postaci doustnej		op	zawieszka do wstrzyknięcia	0,01g/ml	1	5,0								
4	Medycyna przeciwnowotworowa - preparaty przeciwnowotworowe do stosowania w postaci doustnej		op	tbl	0,04g	30	3,0								
5	Medycyna przeciwnowotworowa - preparaty przeciwnowotworowe do stosowania w postaci doustnej		op	tbl	0,12g	1	40,0								
6	Medycyna przeciwnowotworowa - preparaty przeciwnowotworowe do stosowania w postaci doustnej		op	tbl	0,50g	1	5,0								
7	Pochłoniacz		op	tbl	0,001g	20	3,0								
8	Pochłoniacz		op	tbl	0,005g	100	2,0								
9	Pochłoniacz		op	tbl	0,01g	20	13,0								
10	Pochłoniacz		op	tbl	0,02g	20	8,0								
ZAPAMIE 34															
1	Lecytyna		op	tbl	25,0g	100	12,0								
2	Lecytyna		op	tbl	30,0g	50	13,0								


 Sporządzone przez

3	Nazwa i moc/działanie	Nazwa handlowa	Forma	Postać/rodzaj	Dawkę/ wielkość	Wsp. w opł.	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	Wsp. w opł. Zmowa	Wsp. w opł. poddawane	
1	Leżak glicynowy		op	tblt	0,2g	50	50	150											
5	Gliceryna		op	ml	0,2mg/ml	50	50	20											
6	Gliceryna		op	ml	0,1mg/ml	50	50	20											
7	Kalcjofosfany		op	tblt o powłoczce	0,75g Ca, 0,50g P, 0,13g KCl	60	60	1000											
8	Kalcjofosfany		op	strop	0,75g Ca, 0,50g P, 0,13g KCl	150	150	200											
9	Metanefosfany		op	tblt	10% w 100ml	100	100	100											
10	Polifenolowy		op	tblt	0,100g	50	50	50											
11	Humani		op	tblt	0,100g	50	50	50											
ZAMIANE 28																			
1	Aluprinolol		op	tblt	0,1g	50	50	150											
2	Aluprinolol		op	tblt	0,1g	50	50	10											
3	Aluprinolol		op	ml iv	0,5mg/ml	10	10	200											
4	Aluprinolol		op	ml iv	1mg/ml	10	10	100											
5	Aspiryna		op	tblt	2mg	50	50	80											
6	Cyclosporyn		op	kaps	50mg	50	50	10											
7	Dexametazon		op	tblt	0,5mg	30	30	20											
RAZEM												0,00	0,00	0,00					

Spec. Adm. ...



1. y. Nazwa materiału	Nazwa leki	J. m.	Wzrost (średni) opł	Dawkę / wielkość opł *	licz. w opak. opł *	licz. w opakowaniu podawanego	zad. ilość opł / Zamówienia podawanego	Cost. Mgr	VAI	Kwota F. VAI	Cost. i brutto	Wzrost netto w 1 msc	Kwota VAI	Wartość brutto w 1 msc	Wzrost netto w 1 msc	Kwota VAI	Wartość brutto w 1 msc	Kwota F. VAI	
8	Desamplicemum	opł	ml w. 1m	1mg/ml	10	2.0													
9	Algestanum	opł	ml w. 1m	0.5ml	1	10.0													
10	Proxamum	opł	ml w.	0.02g/ ml	10	10.0													
ZADANIE 9																			
1	Umarcedium	opł	ml w.	0.5mg/5ml	5	5.0													
2	Desyndermolum	opł	zł do osz.	0.05g/g	10g	15.0													
3	Recombinant humanized anti-tumor necrosis factor-1 antibody	opł	komple do osz. 1.25 ml zawiesz. 14 mg/ml		5ml	8.0													
4	Propocamidum	opł	komple do osz.	0.005g/ml	25.5ml	2.0													
ZADANIE 10																			
1	Albaminum	opł	ml w.	0.02g/g	30g	60.0													
2	Infusio albumini 4.25% Clotridolum fibrosus	opł	zł	6ml *	25	60.0													
3	Funidolum spongale	opł	kom.	0.2g/g	30g	15.0													
4	Retasolum	opł	ml w.	400 mg / g	30g	15.0													
5	Colipagenum	opł	ml w.	1.2g/g	20g	15.0													
6	Medicamentum tuberculum	opł	Sprężawka próżniowa (1.5)	0.02g/g	20g	2.0													
ZADANIE 11																			
1	Spiritus calcis 2%	opł	pln	2%	kompl.**	2.0													

*Zamawiający nie odpowiada za dostarczenie opakowań o wadzej pojemności niż wskazana w zadaniu 9 w pkt 4.1.1.2

Wzrost Netto w 1 msc

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1. p. Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	1 m	Forma / rodzaj opł.	Dawk. / wielkość opł.	Ilość w opakowaniu opł.	Ilość w opakowaniu podstawowym	Zjed. ilosc w opł. *	Zjed. ilosc opakowania podstawowego	Cena i Netto	VAT	Kwota I. VAT	Cena I. Brutto	Wartość netto na 1 miesiąc	Kwota VAT	Wartość brutto na 1 miesiąc	podmiot odpowiedzialny/instytucja odpowiedzialna (nazwa i adres)	Kod EAN
**Zamawiający nie dopuszcza zalegowania opakowań o większej gramaturze niż podane w załączniku 50, poz. 1 i 2																	
ZADANIE 42																	
1	Propofolium	op	ca do ml	1g/50 ml	1	50					RAZEM		0,00	0,00	0,00		
ZADANIE 43																	
1	Prometkwidol P/z, infuzjem fosforanowym**	op	plkn	4% 1kg**	1	450					RAZEM		0,00	0,00	0,00		
**Zamawiający nie dopuszcza zalegowania opakowań o większej gramaturze niż podane w załączniku 51, poz. 1																	
ZADANIE 44																	
1	Sevofluramin	op	plka w butelce z fibrycznym montowanym jednorazowym adapterem	2,5ml	250ml	30					RAZEM		0,00	0,00	0,00		
2	Dorzawa 15 (zawiera 15 mg/ml propofolu) - produkt leczniczy z posadzoną przez Zamawiającego apoteczną substancję czynną (preparat produktowy firmy Danec Orlinda, Branding i Espira)	mc				1					RAZEM		0,00	0,00	0,00		
											SUMA	0,00	0,00	0,00			

Wykonawca przystępuje do całości zadania. Brak możliwości przystąpienia do pojedynczych pozycji.

Wartość brutto cyfra zł

Wartość brutto słownie zł

W cenie dostawy uwzględniono koszty transportu do Zamawiającego oraz koszty rozładunku u Zamawiającego

(podpis i pieczęć osoby wskazanych w dokumencie uprawniających do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Aneta Wronek Kierownik Apteki
 magister farmacji
 PWZ 170383861 farm. Barbara Szklarz

Zastępca Dyrektora
 ds. Lecznictwa
 lek. Jacek Kubica
 specjalista chirurg

zawarta w dniu we Wrocławiu pomiędzy:

DoInośląskim Szpitalem Specjalistycznym im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. Gen. A. E. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław

zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS 0000040364, NIP 899-22-28-560, REGON 006320384,

który reprezentuje:

- 1) Jacek Kubica – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
- 2) Tomasz Dymyt – Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno -Eksplloatacyjnych

- zwanym dalej „Zamawiającym”

a
.....
.....
.....

który reprezentuje:

- 1).....
- 2).....

- zwanym dalej „Wykonawcą”

§ 1.

Przedmiot umowy

1. Niniejsza umowa dotyczy dostawy na leki – zwanych dalej produktami, określonymi szczegółowo w załączniku nr 1 do umowy wraz z ich dostarczeniem do siedziby Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązuje się przenieść na Zamawiającego własność produktów i wydać mu produkty, a Zamawiający zobowiązuje się produkty odebrać i zapłacić wykonawcy cenę.

§ 2.

Warunki dostawy

1. Realizacja dostaw produktów, o których mowa w § 1 umowy, następować będzie na podstawie jednorazowego zamówienia składanego przez Zamawiającego w ilości oraz w cenach jednostkowych zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy.
2. Zamówione w formie pisemnej produkty, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Wykonawca zobowiązuje się dostarczać do siedziby Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Zamawiającego środkiem transportu we własnym zakresie i na własny koszt w terminie nie dłuższym niż 2 dni od dnia otrzymania każdorazowego zamówienia na adres e-mail Wykonawcy
3. Strony uznają e-mail za obowiązujący dokument zamówienia produktów (skan podpisanego dokumentu zamówienia).
4. Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć każdą dostawę produktów i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność aż do momentu odebrania produktów przez Zamawiającego. Wykonawca odpowiedzialny jest za wybór środka transportu, jak i za właściwe (odpowiednie) opakowanie produktów.

§ 3.

Zobowiązania Wykonawcy

1. Wykonawca wykonuje przedmiot umowy własnymi siłami. Powierzenie wykonania części przedmiotu umowy podwykonawcom wymaga uprzedniej pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody Zamawiającego. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania podwykonawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
2. Wykonawca wykona przedmiot umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz normami polskimi zharmonizowanymi z normami europejskimi.
3. Wykonawca zobowiązuje się przedłożyć, na każde pisemne żądanie Zamawiającego, w terminie wyznaczonym w żądaniu, dokumenty dopuszczające do obrotu: produkt leczniczy wykazany w załączniku nr 1 do umowy w szczególności w rozumieniu ustawy z dnia 06 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz.U. z 2021r. poz. 1977).
4. Wykonawca nie będzie wnosil roszczeń do Zamawiającego w przypadku ograniczenia przez Zamawiającego pełnej ilości przedmiotu.

§ 4.

Warunki zakupu zastępczego

1. W przypadku opóźnienia Wykonawcy w dostawie produktów we wskazanym przez Zamawiającego zgodnie z umową terminie, Zamawiający będzie uprawniony do zrealizowania zamówienia u innego dostawcy z uwzględnieniem możliwości zakupu produktów równoważnych (tzw. nabycie zastępcze). Zamawiający powiadomi pisemnie Wykonawcę o takim zakupie, co oznaczać będzie anulowanie złożonego wcześniej zamówienia. Dopuszcza się nabycie zastępcze u Wykonawcy realizującego umowę pod rygorem zasadności zastosowania preparatu zamiennego, mającego cechy równoważne z preparatem określonym w załączniku nr 1 do umowy i za każdorazową zgodą Zamawiającego.
2. W przypadku dokonania nabycia zastępczego, Wykonawca zobowiązany jest zapłacić na rzecz Zamawiającego kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy ceną produktów, którą Zamawiający zobowiązany jest zapłacić w związku z nabyciem zastępczym, a ceną produktów, jaką Kupujący zapłaciłby Wykonawcy, gdyby ten dostarczył zamówione produkty w terminie. Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty kwoty, o której mowa w zdaniu poprzednim, w terminie do 21 dni od dnia wystawienia przez Zamawiającego noty obciążeniowej, będącej jednocześnie wezwaniem do zapłaty.

§ 5.

Składniki umowy

Integralną częścią niniejszej umowy jest załącznik

1. Załącznik nr 1 – Formularz asortymentowo-cenowy.

§ 6.

Czas obowiązywania umowy

Czas obowiązywania niniejszej umowy ustala się na okres od dnia do dnia

§ 7.

Wartość umowy

1. Ogólna wartość umowy wynosi zł brutto (słownie:..... złotych), zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy.
2. Wykonawca gwarantuje stałe i niezmiennie ceny przez cały czas obowiązywania umowy.
3. Stałość cen, o której mowa w ust. 2 powyżej, nie dotyczy obniżenia przez Wykonawcę cen wykazanych w załączniku 1 do umowy, z przyczyn nie ujętych w umowie, przez cały czas obowiązywania umowy.
4. W przypadku zmiany ustawowej stawki VAT, zmiana wynagrodzenia objętego niniejszą umową wynikająca ze zmiany stawki VAT, następuje z dniem wejścia w życie aktu prawnego zmieniającego tę stawkę.

§ 8.

Regulowanie należności

1. Należność wskazana w § 7 ust. 1 umowy będzie regulowana przez Zamawiającego zgodnie z zamówieniami określonymi w § 2 umowy, przelewem z konta bankowego Zamawiającego na konto bankowe Wykonawcy nr w terminie 60 dni, licząc od dnia dostarczenia Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury w wersji papierowej, przelewem na konto bankowe Wykonawcy.
2. Wykonawca za dostarczone produkty wystawi Zamawiającemu fakturę w formie papierowej według cen jednostkowych, zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy.
3. Na wszystkich fakturach dotyczących niniejszego postępowania Wykonawca zobowiązuje się umieścić w widoczny sposób numer niniejszej umowy oraz numer zamówienia (zamówień) Zamawiającego. Faktura zostanie dostarczona Zamawiającemu wraz z zamówionymi produktami.
4. Zapłata zostanie dokonana na podstawie prawidłowo wystawionej faktury w formie papierowej, zgodnie z postanowieniami ust. 3 powyżej.

§ 9.

Zakazy dotyczące Wykonawcy

1. Wykonawca nie może dokonać cesji wierzytelności bez uprzedniej i pisemnej, pod rygorem nieważności, zgody Zamawiającego, ani regulować wierzytelności w drodze kompensaty.
2. Wykonawca zobowiązuje się do niezawierania umów poręczeń jak i gwarancji z podmiotami trzecimi dotyczących zobowiązań wynikających z niniejszej umowy, ani wyrażać zgody na przystąpienie do długu.

§ 10.

Warunki gwarancji i rękojmi

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji i rękojmi na przedmiot umowy.
2. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji i rękojmi na okres ważności produktów leczniczych, jednak nie krótszy niż 12 miesięcy od dnia dokonania odbioru przez Zamawiającego.
3. W ramach odpowiedzialności z tytułu gwarancji i rękojmi Wykonawca wymieni wadliwy produkt na wolny od wad lub dokona jego naprawy, jeżeli wady te ujawnią się w ciągu terminu, o którym mowa w ust. 2. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć produkt wolny od wad lub dokonać jego naprawy niezwłocznie – nie później jednak niż w ciągu 3 dni od dnia zgłoszenia przez Zamawiającego za pomocą e-maila (skan podpisanego dokumentu).
4. Wykonanie zobowiązań z tytułu gwarancji i rękojmi należy do przedmiotu umowy.
5. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.
6. Do odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu rękojmi stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 11.

Osoby odpowiedzialne za realizację umowy po stronie Zamawiającego

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Zamawiającego: Kierownik Apteki Szpitalnej tel. 71 306 41 02.
2. Osoba odpowiedzialna za nadzór nad realizacją umowy po stronie Zamawiającego: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 71 306 44 19.

§ 12.

Zmiana postanowień umowy

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnego aneksu, podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności.

§ 13.

Odstąpienia od umowy

1. Zamawiający może odstąpić od umowy, jeżeli:
 - 1) Wykonawca nie dotrzymuje terminów określonych w niniejszej umowie;
 - 2) Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi;
 - 3) Wykonawca nie wykonuje w ustalonym terminie zobowiązań określonych w § 10 umowy;
 - 4) Wykonawca dostarcza Zamawiającemu przedmiot umowy, którego parametry techniczne i jakościowe nie odpowiadają Zamawiającemu,
2. W sytuacji, w której Zamawiający dowiedział się o okolicznościach uzasadniających odstąpienie od umowy, wskazanych w ust. 1 powyżej, Zamawiający wezwie Wykonawcę do zaprzestania naruszeń, wyznaczając mu przy tym termin do usunięcia naruszeń.
3. Po bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 2, Zamawiający będzie uprawniony do odstąpienia od umowy w terminie 40 dni od dnia, w którym Zamawiający dowiedział się o okolicznościach wskazanych w ust. 1 powyżej, uzasadniających odstąpienie. Oświadczenie o odstąpieniu sporządzone zostanie w formie pisemnej i dostarczone niezwłocznie Wykonawcy.

§ 14.

Kary umowne

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu następujące kary umowne:
 - a) w wysokości 0,2% wartości brutto niezrealizowanej w terminie dostawy produktów będących przedmiotem umowy, za każdy dzień zwłoki w wykonaniu przedmiotu umowy w postaci dostawy produktów w terminie określonym w § 2 ust. 2, począwszy od dnia następującego po upływie terminu do dnia zrealizowania dostawy wraz z obowiązkami wynikającymi z § 3 ust. 3 umowy, zobowiązania,
 - b) w wysokości 0,2% wartości brutto produktów będących przedmiotem umowy, których dotyczy reklamacja, za każdy dzień zwłoki w wykonaniu zobowiązań wynikających z gwarancji i rękojmi, począwszy od dnia następującego po upływie terminu do wykonania zobowiązania do dnia wykonania zobowiązania; przed naliczeniem kary umownej z tego tytułu Zamawiający wezwie Wykonawcę do prawidłowego wykonania umowy,
 - c) w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy, wskazanej w § 7 ust. 1 niniejszej umowy, jeżeli Zamawiający odstąpi od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
2. Maksymalny limit kar umownych, jakie Zamawiający może naliczyć Wykonawcy, wynosi 20% wartości brutto przedmiotu umowy, wskazanej w § 7 ust. 1.
3. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, Zamawiającemu przysługuje prawo do dochodzenia od Wykonawcy odszkodowania przewyższającego wysokość naliczonej kary umownej.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia
5. Brak szkody nie wyłącza uprawnienia do naliczenia kary umownej.

§ 15.

**Oświadczenie dotyczące zobowiązania do zachowania w tajemnicy informacji o funkcjonowaniu
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej**

1. Wykonawca oświadcza, że zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy i nie ujawniania osobom trzecim, w czasie trwania umowy oraz po jej rozwiązaniu, wszelkich informacji związanych ze świadczeniem przedmiotu umowy na podstawie niniejszej umowy oraz pozyskanych tą drogą informacji o funkcjonowaniu Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2020 r. Nr 1913).

Wykonawca zobowiązuje się również do przestrzegania zapisów ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

2. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że znana jest mu odpowiedzialność karna wynikająca z ww. ustaw.

§ 16.

Kwestie sporne

Spory mogące wynikać w związku z realizacją umowy strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie na drodze negocjacji. W razie braku porozumienia, tj. sytuacji gdy w terminie 30 dni od dnia podjęcia negocjacji strony nie osiągnęły porozumienia – spory rozstrzygał będzie sąd właściwy dla miejsca siedziby Zamawiającego.

§ 17.

Inne postanowienia umowy

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy mające związek z przedmiotem umowy.

§ 18.

Postanowienia końcowe

Umowa sporządzona została w 2 jednobrzmiących egzemplarzach – 1 egzemplarz dla Wykonawcy, 1 egzemplarz dla Zamawiającego.

Zamawiający

Wykonawca

FORMULARZ OFERTY

..... dnia.....

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

Siedziba:

Numer telefonu Firmy :.....Numer Faksu Firmy.....

Adres (kontaktowy) poczty elektronicznej:.....

Strona internetowa:

Numer NIP Numer REGON.....

Bank i numer konta

Osoba do kontaktu z Zamawiającym, nr telefonu:

OFERTA

Nawiązując do ogłoszenia z dnia na :

.....
.....

Znak sprawy: LF/104/7/2022

składam ofertę :

Wartość całej oferty brutto zł :

Słownie zł :.....

.....

Jednocześnie oświadczamy, że :

- 1) wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie 60 dni licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w wersji papierowej,
- 2) Okres stałości cen netto -cały okres obowiązywania umowy,
- 3) Akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się , w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia i podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 4) Na oferowany towar udzielona zostaje gwarancja na okres minimum 12 miesięcy.
- 5) Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu.

Ofertę niniejszą składamy nakolejno ponumerowanych stronach,

Oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami).

Załącznikami do niniejszej oferty są:

(1).....

(2).....

.....

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)