DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
im. dr. Józefa Marcelego Kopicza
w Szpęgawsku
ul. Kasztanowa 23, tel./fax 58 562 14 61
83-200 Starogard Gdański
NIP 592-15-56-025

Szpęgawsk, dnia 29.04.2020 r.

.....
(pieczęć Zamawiającego)

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczące zamówienia publicznego, którego wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 Euro netto.

I. Zamawiający:

Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański

zaprasza do złożenia ofert na:

II. Przedmiot zapytania ofertowego:

„Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku".

III. Termin realizacji i istotne warunki zamówienia:

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki dla mieszkańców Domu, refundowane do wysokości limitu ceny na podstawie dostarczonych recept.
2. Dostawa będzie realizowana na podstawie recept indywidualnych mieszkańców, na koszt Wykonawcy nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu w godzinach 07.00 – 13.00.
3. W sytuacjach nagłych, które wskaże Zamawiający, Wykonawca dostarczy leki w dniu zgłoszenia.
4. Szacunkowe miesięczne zapotrzebowanie leków przedstawiają Załączniki Nr 2A i 2B służące do określenia wynagrodzenia Wykonawcy.
5. Dostawca zobowiązuje się wystawiać faktury imienne oddzielnie na leki refundowane i oddzielnie na leki płatne 100%
6. Dostawy leków będą fakturowane na rzecz Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku (Nabywca: Powiat Starogardzki, ul. Kościuszki 17, 83 - 200 Starogard Gdański, NIP 592 205 78 38; Odbiorca: Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83 - 200 Starogard Gdański) oraz imiennie na rzecz indywidualnych mieszkańców.
7. Dostawy będą realizowane na podstawie m.in. Ustawy o Refundacji Leków, Środków Spożywczych Specjalnego Przeznaczenia Żywieniowego oraz Wyrobów Medycznych z 12 maja 2011 Dz.U. 122/2011 poz. 696, Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej Finansowanych ze Środków Publicznych z 27.08.2004 r. Dz.U. Nr 164 z 2008 r. poz. 271 z późniejszymi zmianami, Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 06.09.2001 Dz.U. Nr 45 z 2008 r., oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

8. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie się kierował jedynie kryterium ceny:

CENA 100 %

Sposób obliczania ilości punktów uzyskanych przez wykonawcę w danym kryterium:

CENA (C)

$$C = \frac{Cn}{Cb} \times 100 \times 100\%$$

C - ilość punktów za cenę oferty badanej
Cn - najniższa cena z zaoferowanych
Cb - cena badanej oferty

9. Zamawiający zastosuje zaokrąglenie ostatecznych wyników do dwóch miejsc po przecinku.
10. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska w sumie największą ilość punktów w oparciu o wyżej wskazane kryteria.
11. Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do występowania w obrocie prawnym w imieniu oferenta, przy czym podpis lub podpisy muszą być czytelne lub opisane pieczątkami imiennymi.
12. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający powiadomi niezwłocznie Wykonawców, których zaprosił do składania ofert, w sposób przez nich określony w złożonych ofertach.
13. Z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę zostanie podpisana umowa, której projekt stanowi Załącznik Nr 3 do niniejszego zapytania.
14. Zamawiający może unieważnić postępowanie między innymi, gdy:
    a) w postępowaniu nie złożono żadnej oferty,
    b) cena najkorzystniejszej oferty przekroczyła wartość kwoty, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia,
    c) wystąpiła istotna zmiana okoliczności, niezależna od Zamawiającego, powodująca, że dalsze prowadzenie postępowania lub wykonanie zamówienia nie jest zasadne.
15. Zapytanie ofertowe zostało przekazane do minimum dwóch losowo wybranych Wykonawców oraz umieszczone na stronie BIP Zamawiającego.

IV. Miejsce i termin złożenia oferty:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w terminie do dnia 08.05.2020 r., do godz.10.00 osobiście w sekretariacie Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, faksem (58 56 214 61 w. 217), drogą elektroniczną (sekretariat@dpsszpegawsk.pl), bądź listem na formularzu ofertowym (Załącznik Nr 1).
2. Oferta musi być opatrzona nazwą zamówienia: **„Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku** (nie dotyczy ofert przesłanych faxem i drogą elektroniczną).
3. Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:
   w sprawach merytorycznych związanych z przedmiotem zamówienia – Maciej Blok, tel. 58 56 214 61, wew. 234 email: m.blok@dpsszpegawsk.pl

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
im. dr J. M. Kopicza
w Szpęgawsku
mgr Anna Szwedowska

.....
(podpis osoby upoważnionej)

ZAŁĄCZNIK NR 1 - FORMULARZ OFERTOWY

.....
(miejscowość, data)

1. PRZEDMIOT ZAMOWIENIA.....

.....

.....

2. NAZWA WYKONAWCY .....

.....

3. ADRES WYKONAWCY .....

4. NIP/ REGON .....

5. Nr rachunku bankowego .....

6. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za (podać cenę dostawy za okres 1 miesiąca wyliczoną w oparciu o szacowane zapotrzebowania miesięczne określone w Załącznikach Nr 2A i Nr 2B):

Cenę netto: .....zł.

Słownie: .....zł

Podatek VAT: .....zł

Słownie: .....zł

Cenę brutto: .....zł.

Słownie: .....zł

7. Deklaruję ponadto:

a) termin wykonania zamówienia:.....

b) okres gwarancji: .....

c) warunki płatności: .....

d) .....

8. Oświadczam, że:

a) po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,

b) w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu Ofertowym oraz projekcie umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....
pieczęć Wykonawcy

.....
(podpis osoby uprawnionej)

ZAŁĄCZNIK NR 2A

Zestawienie leków - neuroleptyki		
Lp.	**Nazwa leku**	**Szacowane zapotrzebowanie tabletek na 1 miesiąc**
1.	Absenor 300 mg	1450 tabl.
2.	Absenor 500 mg	4250 tabl.
3.	Abilitag 15 mg	185 tabl.
4.	Akineton 2 mg	215 tabl
5.	Amisan 200 mg	180 tabl.
6.	Amisan 200 mg	185 tabl.
7.	Amitriptylina 25 mg	90 tabl.
8.	Androcul 50 mg	124 tabl.
9.	Andepin 20 mg	60 tabl.
10.	Chlorprotixen 15 mg	1050 tabl.
11.	Chlorprotixen 50 mg	700 tabl.
12.	Citobax 10 mg	60 tabl.
13.	Citobax 20 mg	120 tabl.
14.	Clopixol 10 mg	93 tabl.
15.	Clopixol 25 mg	95 tabl.
16.	Clopixol depot 200 mg	22 amp.
17.	Clonazepam 2 mg	62 tabl.
18.	Convulex 500 mg	60 tabl.
19.	Decaldol 50 mg	10 amp.
20.	Depakine chrono 500 mg	1325 tabl.
21.	Doxepin 25 mg	150 tabl.
22.	Etopro 100 mg	120 tabl.
23.	Finlepsin 200 mg	1727 tabl.
24.	Finlepsin 400 mg	395 tabl.
25.	Fluanxol 0,5 mg	125 amp.
26.	Gabritil 15 mg	95 tabl.
27.	Haloperidol 1 mg	650 tabl.
28.	Haloperidol 5 mg	705 tabl.
29.	Haloperidol krople	360 ml.
30.	Hydroxyzina 25 mg	120 tabl.
31.	Ketrel 25 mg	60 tabl.
32.	Ketrel 200 mg	155 tabl.
33.	Ketrel 300 mg	95 tabl.
34.	Klozapol 25 mg	1416 tabl.
35.	Klozapol 100 mg	3440 tabl.
36.	Lamitrin 100 mg	90 tabl.
37.	Lithium 250 mg	1080 tabl.
38.	Lorafen 1 mg	30 tabl.
39.	Lorafen 2,5 mg	30 tabl.
40.	Miansec 10 mg	60 tabl.
41.	Mizodin 250 mg	120 tabl.
42.	Miravil 100 mg	60 tabl.

43.	Neurotop 300 mg	560 tabl.
44.	Neuroto 600 mg	186 tabl.
45.	Normeg 500 mg	60 tabl.
46.	Pernazinum 25 mg	3340 tabl.
47.	Pernazinum 100 mg	640 tabl.
48.	Pinexet 25 mg	90 tabl.
49.	Pinexet 200 mg	120 tabl.
50.	Pinexet 300 mg	120 tabl.
51.	Pridinol	120 tabl.
52.	Promazin 50 mg	280 tabl.
53.	Promazin 100 mg	190 tabl.
54.	Propranolol	180 tabl.
55.	Risset 1 mg.	4000 tabl.
56.	Rispolit 1 mg. - syrop	800 ml.
57.	Rispolit 2 mg	400 tabl.
58.	Rispolit 3 mg	700 tabl.
59.	Rispolit 4 mg	333 tabl.
60.	Rispolept Consta 50 mg	7 amp.
61.	Setaloft 50 mg	341 tabl.
62.	Solian 400 mg	200 tabl.
63.	Sulpiryd 50 mg	60 tabl.
64.	Tegretol 400 mg	630 tabl.
65.	Tiapridal 100 mg	240 tabl.
66.	Trileptal 300 mg	60 tabl.
67.	Trileptal 600 mg	93 tabl.
68.	Tritico 150 mg	60 tabl.
69.	Tisercin 25 mg	6595 tabl.
70.	Topamox	124 tabl.
71.	Vinlectine 75 mg	30 tabl.
72.	Zolaxa rapid 5 mg	215 tabl.
73.	Zolaxa 10 mg	1812 tabl.
74.	Zolaxa 15 mg	120 tabl.
75.	Zolaxa 20 mg	610 tabl.
76.	Zypadhera 300 mg	2 amp.

ZAŁĄCZNIK NR 2B

Zestawienie leków - ogólne		
Lp.	**Nazwa leku**	**Szacowane zapotrzebowanie tabletek na 1 miesiąc**
1.	Aescin 20 mg	60 tabl.
2.	Amlozek 5 mg	270 tabl.
3.	Ac.Folicum	360 tabl.
4.	Activelle 15 mg	30 tabl.
5.	Apap	10 op.
6.	Apo-Naproxen	90 tabl.
7.	Accu-Chek paski	500 szt.
8.	Actrapid insulina	4 wkłady
9.	Avedol 6,25 mg	60 tabl.
10.	Bioprazol	60 tabl.
11.	Biosotal 40 mg	60 tabl.
12.	Beta ZK 100	60 tabl.
13.	Bisocard 2,5 mg	270 tabl.
14.	Bisacodyl 5 mg	120 tabl.
15.	Bromergon 2,5 mg	60 tabl.
16.	Cavinton 10 mg	60 tabl.
17.	Cipronex 250 mg	3 op.
18.	Diaprel 60 mg	90 tabl.
19.	Diaprel 30 mg	120 tabl.
20.	Digoxin 0,01	60 tabl.
21.	Diosminex 1000 mg	240 tabl.
22.	Ditropan 5 mg	120 tabl.
23.	Duomox 0,1 g	3 op.
24.	Dalacin c	3 op.
25.	Dopegyt	90 tabl.
26.	Doltard 30 mg	60 tabl.
27.	Doxar 4 mg	150 tabl.
28.	Effox long	75 tabl.
29.	Encorton 5 mg	80 tabl.
30.	Enarenal 5 mg	150 tabl.
31.	Enarenal 10 mg	90 tabl.
32.	Euphyllina 300 long	90 tabl.
33.	Euthyrox 50mg	60 tab.
34.	Euthyrox 88 mg	90 tabl.
35.	Euthyrox 25mg	90 tabl.
36.	Espumisan	150 tabl.
37.	Furosemid 40 mg	300 tabl.
38.	Finaster	210 tabl.
39.	Focusin	150 tabl.
40.	Flunarizina	120 tabl.
41.	Gasprid	30 tabl.
42.	Gripex	10 op.

43.	Hepatil	450 tabl.
44.	Hepargen	120 tabl.
45.	Humulin R - insulina	10 wkł.
46.	Humulin N	5 wkł.
47.	Insulatard insulina	2 wkłady
48.	Indix	180 tabl.
49.	Kalipoz	160 tabl.
50.	Karbis 16 mg	45 tabl.
51.	Lorista M 625	60 tabl.
52.	Loperamid	10 op.
53.	Lovasterol 20 mg	30 tabl.
54.	Memootropil 1200 mg	300 tabl.
55.	Memootropil 800 mg	60 tabl.
56.	Metocard 50 mg	180 tabl.
57.	Madopar 125	120 tabl.
58.	Madopar 62,5 mg	180 tabl.
59.	Madopar 250	520 tabl.
60.	Mixtrad 50 insulina	10 szt.
61.	Metformax 850 mg	390 tabl.
62.	Metformax 500 mg	570 tabl.
63.	Metformax 1000 mg	180 tabl.
64.	Mestinon	90 tabl.
65.	Mononit 20 mg	60 tabl.
66.	Milurit	30 tabl.
67.	Nolpaza 20 mg	180 tabl.
68.	Nolpaza 40 mg	210 tabl.
69.	Nolpired 6,25	60 tabl.
70.	No-spa	10 op.
71.	Nebicard 5 mg	150 tabl.
72.	Ospamox	10 op.
73.	Octanisept	3 litry
74.	Polocard 75 mg	450 tabl.
75.	Polocard 150 mg	210 tabl.
76.	Propranolol	390 tabl.
77.	Polpril 5 mg.	3300 tabl.
78.	Pulmeterol wziewy	420 kaps.
79.	Ramizek Combi	30 tabl.
80.	Rutinoscorbin	20 op.
81.	Scorbolamid	20 op.
82.	Staveran 40 mg	240 tabl.
83.	Spironol 25 mg	330 tabl.
84.	Simvasterol 20 mg	150 tabl.
85.	Smecta	10 op.
86.	Szelazo	280 tabl.
87.	Tardyferon	360 tabl.
88.	Tertensif SR	300 tabl.
89.	Tulip 40 mg	60 tabl.
90.	Tulip 20 mg	390 tabl.
91.	Tialorid	150 tabl.
92.	Tritace 10 mg	150 tabl.

93.	Tritace comb. 5 mg	60 tabl.
94.	Theospirex 150 mg	240 tabl.
95.	Theospirex 300mg	120 tabl.
96.	Tertensif Bicombi	30 tabl.
97.	Tulip 30 mg	90 tabl.
98.	Thyrozol 2,5 mg	30 tabl.
99.	Valzek 160 mg	45 tabl.
100.	Warfin 5 mg	40 tabl.
101.	Venescin	30 tabl.
102.	Vicebrol	90 tabl.
103.	Vinpocetine	60 tabl.
104.	Vinpoton 5 mg	240 tabl.
105.	Vitamina C	6 op.
106.	Zahron 5 mg	60 tabl.
107.	Zafiron wziewy	180 kaps.

ZAŁĄCZNIK NR 3 – PROJEKT UMOWY

Zawarta w dniu ..... pomiędzy:

Powiatem Starogardzkim NIP 592-205-78-38 reprezentowanym przez Dom Pomocy Społecznej w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, w imieniu którego działa Dyrektor Anna Szwedowska, na podstawie pełnomocnictwa nr OR.077.150.2016 z dnia 8 listopada 2016 roku
zwanym dalej Zamawiającym

a

.....
.....

zwaną/ym dalej Wykonawcą,

została zawarta umowa następującej treści:

§1

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki dla mieszkańców Domu, refundowane do wysokości limitu ceny na podstawie dostarczonych recept, zgodnie z ceną przedstawioną przez Wykonawcę w przedłożonej przez niego ofercie cenowej z dnia ..... stanowiącej integralną część niniejszej umowy.
2. Dostawa będzie realizowana wg bieżących potrzeb mieszkańców, na koszt Wykonawcy.
3. Wykonawca zobowiązuje się do stosowania zamienników poszczególnych leków według potrzeb Zamawiającego stosując kryterium niższej ceny, uwzględniając jednocześnie dostępność danego leku w sprzedaży.
4. Dostawy będą realizowane na podstawie m.in. Ustawy o Refundacji Leków, Środków Spożywczych Specjalnego Przeznaczenia Żywieniowego oraz Wyrobów Medycznych z 12 maja 2011 Dz.U. 122/2011 poz. 696, Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej Finansowanych ze Środków Publicznych z 27.08.2004 r. Dz.U. Nr 164 z 2008 r. poz. 271 z późniejszymi zmianami, Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 06.09.2001 Dz.U. Nr 45 z 2008 r. oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

§2

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia ..... do dnia ..... .

§3

1. Wynagrodzenie za poszczególne dostawy będzie płatne na rachunek bankowy Wykonawcy o numerze: ..... w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.
2. Za datę realizacji płatności uważa się datę wydania przez Zamawiającego polecenia zapłaty.

3. Apteką realizującą zamówienia jest:
.....

§4

1. Wykonawca jest odpowiedzialny za jakość i terminowość realizowanych usług.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
3. Każda ze stron ma prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§5

1. Zamawiający może odstąpić od umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku powtarzających się nieterminowych, niekompletnych i nieodpowiednich dostaw.
2. Wykonawca ma prawo odstąpić od umowy w przypadku powtarzającego się nieterminowego płacenia faktur.

§6

1. Sprawy sporne wynikające z treści niniejszej umowy, będą rozstrzygnięte przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§7

2. W sprawach nieuregulowanych treścią niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§8

3. Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
im. dr. [illegible]
w Szpęgawsku
mgr Anna Szwedowska

.....

WYKONAWCA

.....