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 04.05.2021 r.

.....
(pieczęć Zamawiającego)

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczące zamówienia publicznego, którego wartość nie przekracza kwoty 130 000 złotych 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.
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, gdzie Nabywcą i Odbiorcą jest mieszkaniec, Płatnikiem zaś do wysokości limitu finansowania Powiat Starogardzki, ul. Kościuszki 17, 83 – 200 Starogard Gdański, NIP 592 205 78 38.
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 126 poz. 1381 z późniejszymi zmianami 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. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania uzasadnienia, a także pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.
16. 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 12.05.2021 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

V. Obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, tel. 58 56 214 61, email: sekretariat@dpsszpegawsk.pl
- inspektorem ochrony danych osobowych w Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański jest Pani Anna Dudek, email: iodo@dpsszpegawsk.pl;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego „Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku", prowadzonym w trybie zapytania ofertowego;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp";
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2A - Formularz cenowy
3. Załącznik Nr 2B - Formularz cenowy
4. Załącznik nr 3 - Projekt umowy

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

.....

(podpis osoby upoważnionej)

ZAŁĄCZNIK NR 2A

Zestawienie leków - neuroleptyki			
Lp.	**Nazwa leku**	**Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu)**	**Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań**
1.	Absenor 300 mg	100	14
2.	Absenor 500 mg	100	42
3.	Abilify 15 mg	56	3
4.	Akineton 2 mg	50	4
5.	Amisan 200 mg	60	3
6.	Amisan 400 mg	60	3
7.	Amitryptylina 25 mg	60	1
8.	Chlorprotixen 15 mg	50	21
9.	Chlorprotixen 50 mg	50	14
10.	Citabax 10 mg	28	2
11.	Citobax 20 mg	28	4
12.	Clopixol 10 mg	100	1
13.	Clopixol 25 mg	100	1
14.	Clopixol depot 200 mg	10	22
15.	Clonazepam 2 mg	30	2
16.	Convulex 500 mg	100	1
17.	Decoldol 50 mg	5	2
18.	Depakine chrono 500	30	44
19.	Etopro 100 mg	28	4
20.	Finlepsin 200 mg	50	34
21.	Finlepsin 400 mg	50	8
22.	Fluanxol Depot 20 mg/ml	1 ampułka	125
23.	Haloperidol 1 mg	40	16
24.	Haloperidol 5 mg	30	23
25.	Haloperidol krople	10 ml	36
26.	Hydroxyzyna 25 mg	30	4
27.	Ketrel 25 mg	30	2
28.	Ketrel 200 mg	60	3
29.	Symquel XR 300 mg	60	2
30.	Klozapol 25 mg	50	28
31.	Klozapol 100 mg	50	68
32.	Lamitrin 100 mg	60	2
33.	Lithium 250 mg	60	21
34.	Lorafen 1 mg	25	1
35.	Lorafen 2,5 mg	25	1
36.	Miansec 30 mg	30	2
37.	Mizodin 250 mg	60	2
38.	Miravil 100 mg	30	2
39.	Neurotop 300 mg	50	11
40.	Neuroto 600 mg	50	3
41.	Normeg 500 mg	50	1
42.	Pernazinum 25 mg	20	111

43.	Pernazinum 100 mg	30	21
44.	Pinexet 25 mg	30	3
45.	Pinexet 200 mg	60	2
46.	Pinexet 300 mg	60	2
47.	Pridinol	50	3
48.	Promazin 50 mg	60	4
49.	Promazin 100 mg	60	3
50.	Propranolol 10 mg	50	4
51.	Rispolept 1 mg	20	200
52.	Rispolit 100 ml - syrop	1	8
53.	Rispolit 2 mg	20	20
54.	Rispolit 3 mg	20	35
55.	Rispolit 4 mg	20	16
56.	Rispolept Consta 50 mg	1	7 amp.
57.	Setaloft 50 mg	30	11
58.	Solian 400 mg	30	6
59.	Sulpiryd 50 mg	24	3
60.	Tegretol 400 mg	30	21
61.	Tiapridal 100 mg	20	12
62.	Trileptal 300 mg	50	1
63.	Trileptal 600 mg	50	2
64.	Tritico 150 mg	60	1
65.	Tisercin 25 mg	50	132
66.	Topamax 100 mg	28	4
67.	Vinlecitine 75 mg	28	1
68.	Zolaxa Rapid 5 mg	56	4
69.	Zolaxa 10 mg	90	20
70.	Zolaxa 15 mg	30	4
71.	Zolaxa 20 mg	90	6
72.	Zypadhera 300 mg	1	2

ZAŁĄCZNIK NR 2B

Zestawienie leków - ogólne			
Lp.	**Nazwa leku**	**Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu)**	**Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań**
1.	Aescin 20 mg	30	2
2.	Amlozek 5 mg	30	9
3.	Ac. Folicum 15 mg	30	12
4.	Apap	12	10
5.	Apo-Naproxen 250 mg	30	3
6.	Accu-Chek paski	50	10
7.	Avedol 6,25 mg	60	2
8.	Bioprazol 20 mg	56	2
9.	Biosotal 40 mg	60	1
10.	Beta ZK 100	30	2
11.	Bisocard 2,5 mg	30	9
12.	Bisacodyl 5 mg	30	4
13.	Bromergon 2,5 mg	30	2
14.	Cavinton 10 mg	30	2
15.	Diaprel 60 mg	30	3
16.	Diaprel 30 mg	60	2
17.	Digoxin 100 mg	30	2
18.	Diosminex 1000 mg	60	4
19.	Ditropan 5 mg	30	4
20.	Duomox 1000 mg	20	3
21.	Dalacin C 300 mg	16	3
22.	Dopegyt	60	2
23.	Doxar 4 mg	30	5
24.	Encorton 5 mg	20	4
25.	Enarenal 5 mg	30	5
26.	Enarenal 10 mg	30	3
27.	Euphyllina 300 long	30	3
28.	Euthyrox 50 mg	100	1
29.	Euthyrox 88 mg	100	1
30.	Euthyrox 25mg	100	1
31.	Espumisan	100	1
32.	Furosemid 40 mg	30	10
33.	Finaster 5 mg	60	3
34.	Focusin	30	4
35.	Flunarizina	30	4
36.	Gripex	24	10
37.	Hepatil	80	5
38.	Heparegen 100 mg	100	1
39.	Insulatard insulina wkład		2
40.	Indix	90	2
41.	Kalipoz	60	3
42.	Karbis 16 mg	56	1

43.	Loperamid	30	10
44.	Memootropil 1200 mg	60	5
45.	Metocard 50 mg	30	6
46.	Madopar 125 mg	100	1
47.	Madopar 62,5 mg	100	2
48.	Madopar 250 mg	100	5
49.	Mixtrad 50 insulina wkład		10
50.	Metformax 850 mg	60	6
51.	Metformax 500 mg	90	9
52.	Metformax 1000 mg	60	3
53.	Mononit 20 mg	60	1
54.	Milurit 100 mg	50	1
55.	Nolpaza 20 mg	56	3
56.	Nolpaza 40 mg	56	4
57.	Noliprel forte 625 mg	30	2
58.	No-spa	20	10
59.	Nebicard 5 mg	30	3
60.	Ospamox 1000 mg	16	10
61.	Octanisept 1l		3
62.	Polocard 75 mg	60	4
63.	Polocard 150 mg	60	4
64.	Propranolol 10 mg	50	7
65.	Polpril 5 mg	28	117
66.	Pulmeterol 120 dawka		4
67.	Ramizek Combi	30	1
68.	Rutinoscorbin	90	20
69.	Scorbolamid	20	20
70.	Solderol	2	15
71.	Spironol 25 mg	100	3
72.	Simvasterol 20 mg	28	5
73.	Smecta	30	10
74.	Szelazo	60	5
75.	Tardyferon	30	12
76.	Tertensif SR	30	10
77.	Tulip 40 mg	30	2
78.	Tulip 20 mg	30	13
79.	Tulip 10 mg	90	1
80.	Tritace 10 mg	28	5
81.	Tritace comb. 5 mg	28	2
82.	Theospirex 150 mg	50	5
83.	Theospirex 300 mg	50	2
84.	Thyrozol 5 mg	50	1
85.	Warfin 5 mg	100	1
86.	Venescin	30	3
87.	Vicebrol 5 mg	50	1
88.	Vinpocetine	50	1
89.	Vinpoton 5 mg	90	3
90.	Vitamina C 1000 mg	100	6
91.	Zahron 5 mg	28	2
92.	Zafiron wziewy dawka	120	2



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 126 poz. 1381 z późniejszymi zmianami oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

§2

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia 30.05.2021 r. do dnia 29.05.2022 r.

§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

.....

WYKONAWCA

.....