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 07.05.2025 r.

.....
(pieczęć Zamawiającego)

# ZAPYTANIE OFERTOWE

**I. Zamawiający:**

Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83 – 200 Starogard Gdański
zaprasza do złożenia ofert na „Sukcesywną dostawę leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku".

Zamawiający informuje, że powyższe postępowanie jest prowadzone w oparciu o Regulamin udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130.00,00 zł netto wprowadzony Zarządzeniem nr 1/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku z dnia 04.01.2021 r., z pomięciem Ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2019, poz. 2019 z poźn. zmianami).

**II. Przedmiot zapytania ofertowego:**

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

**III. Opis przedmiotu zamówienia, istotne warunki zamówienia, termin realizacji:**

1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański.
2. Dostawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki dla mieszkańców Domu.
3. Dostawy leków będą realizowane na podstawie recept indywidualnych mieszkańców, na koszt Wykonawcy nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu w godzinach 07.00 – 13.00.
4. W sytuacjach nagłych, które wskaże Zamawiający, Wykonawca dostarczy leki w dniu zgłoszenia.
5. Szacunkowe miesięczne zapotrzebowanie leków przedstawiają Załączniki Nr 2A i 2B służące do określenia wynagrodzenia Wykonawcy.
6. Dostawca zobowiązuje się wystawiać faktury imienne oddzielnie na leki refundowane i oddzielnie na leki płatne 100%.
7. 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.
8. 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.
9. 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

10. Zamawiający zastosuje zaokrąglenie ostatecznych wyników do dwóch miejsc po przecinku.
11. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska w sumie największą ilość punktów w oparciu o wyżej wskazane kryteria.
12. 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.
13. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający powiadomi drogą elektroniczną niezwłocznie Wykonawców, których zaprosił do składania ofert.
14. Z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę zostanie podpisana umowa, której projekt stanowi Załącznik Nr 3 do niniejszego zapytania.
15. Wymagany termin realizacji zamówienia: 30.05.2025 r. – 29.05.2026 r.
16. 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.
17. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania uzasadnienia, a także pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.
18. 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 15.05.2024 r., do godz.10.00 osobiście w sekretariacie Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, drogą elektroniczną (sekretariat@dpsszpegawsk.pl), bądź listem na formularzu ofertowym (Załącznik nr 1) i Formularzu cenowym (Załącznik nr 2A i Załącznik nr 2B)
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 REALIZOWANY WOBEC OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W ZAMÓWIENIU PUBLICZNYM**

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:

1. 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
2. inspektorem ochrony danych osobowych w Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański jest Pani Agnieszka Gwizdała, email: iodo@dpsszpegawsk.pl
3. 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;

4. 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";
5. 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;
6. 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;
7. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. 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;
9. 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 - Projektowane postanowienia umowy

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

.....

(podpis osoby upoważnionej)

# ZAŁĄCZNIK NR 1 – FORMULARZ OFERTOWY

.....
(miejscowość, data)

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

**1. PRZEDMIOT ZAMOWIENIA:** .....
.....

**2. NAZWA WYKONAWCY :** .....
.....

**3. ADRES WYKONAWCY:** .....

**4. NIP/ REGON:** .....

**5. Nr rachunku bankowego** .....

**6. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

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 w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

c) powyższa cena zawiera wszelkie koszty wykonania zamówienia jakie poniesie Zamawiający.

d) zapoznałem/-am się z zapytaniem ofertowym oraz innymi przekazanymi przez zamawiającego dokumentami dotyczącymi postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte.

e) przedmiot zamówienia będzie spełniał wymagania zamawiającego określone w dokumentach wskazanych w pkt 8 lit. d).

f) spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym.

g) wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

**9. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:**

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

..... .....

pieczęć Wykonawcy (podpis osoby uprawnionej)

# ZAŁĄCZNIK NR 2A - FORMULARZ CENOWY

Zestawienie leków - neuroleptyki

| Lp. | Nazwa leku | Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu) | Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Absenor 300 mg | 100 | 17 | | |
| 2. | Absenor 500 mg | 100 | 44 | | |
| 3. | Abilify 15 mg | 56 | 5 | | |
| 4. | Akineton 2 mg | 50 | 5 | | |
| 5. | Amisan 200 mg | 60 | 6 | | |
| 6. | Amisan 400 mg | 60 | 4 | | |
| 7. | Amitryptylina 25 mg | 60 | 2 | | |
| 8. | Androcur 50 mg | 50 | 3 | | |
| 11. | Citabax 10 mg | 28 | 4 | | |
| 12. | Citobax 20 mg | 28 | 8 | | |
| 13. | Clopixol 10 mg | 100 | 3 | | |
| 14. | Clopixol 25 mg | 100 | 3 | | |
| 15. | Clopixol depot 200 mg | 10 | 23 | | |
| 16. | Clonazepam 2 mg | 30 | 2 | | |
| 17. | Decaldol 50 mg | 5 | 6 | | |
| 18. | Depakine chrono 500 | 30 | 40 | | |
| 19. | Etopro 100 mg | 28 | 6 | | |
| 20. | Finlepsin 200 mg | 50 | 33 | | |
| 21. | Finlepsin 400 mg | 50 | 8 | | |
| 22. | Fluanxol Depot 20 mg/ml | 1 ampułka | 10 | | |
| 23. | Fluoxelin 20 mg | 30 | 3 | | |
| 24. | Haloperidol 1 mg | 40 | 14 | | |
| 25. | Haloperidol 5 mg | 30 | 22 | | |
| 26. | Haloperidol krople | 10 ml | 30 | | |
| 27. | Hydroxyzyna 25 mg | 30 | 14 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. | Ketrel 25 mg | 30 | 12 | | |
| 29. | Ketrel 200 mg | 60 | 6 | | |
| 30. | Symquel XR 300 mg | 60 | 2 | | |
| 31. | Klozapol 25 mg | 50 | 25 | | |
| 32. | Klozapol 100 mg | 50 | 100 | | |
| 33. | Lamitrin 100 mg | 60 | 2 | | |
| 34. | Latuda 74 mg | 28 | 2 | | |
| 35. | Lithium 250 mg | 60 | 23 | | |
| 36. | Lorafen 1 mg | 25 | 3 | | |
| 37. | Lorafen 2,5 mg | 25 | 2 | | |
| 38. | Miansec 30 mg | 30 | 2 | | |
| 39. | Mizodin 250 mg | 60 | 2 | | |
| 40. | Miravil 100 mg | 30 | 2 | | |
| 41. | Neurotop 300 mg | 50 | 11 | | |
| 42. | Neurotop 600 mg | 50 | 4 | | |
| 43. | Normeg 500 mg | 50 | 2 | | |
| 44. | Paroxinor 20 | 30 | 2 | | |
| 45. | Pernazinum 25 mg | 20 | 112 | | |
| 46. | Pernazinum 100 mg | 30 | 22 | | |
| 47. | Pinexet 25 mg | 30 | 3 | | |
| 48. | Pinexet 200 mg | 60 | 4 | | |
| 49. | Pinexet 300 mg | 60 | 4 | | |
| 50. | Pridinol | 50 | 6 | | |
| 51. | Promazin 50 mg | 60 | 4 | | |
| 52. | Promazin 100 mg | 60 | 3 | | |
| 53. | Propranolol 10 mg | 50 | 8 | | |
| 54. | Rispolept 1 mg | 20 | 6 | | |
| 55. | Rispolit 100 ml - syrop | 1 | 8 | | |
| 56. | Rispolit 2 mg | 20 | 20 | | |
| 57. | Rispolit 3 mg | 20 | 36 | | |
| 58. | Rispolit 4 mg | 20 | 16 | | |
| 59. | Rispolept Consta 50 mg | 1 | 7 amp. | | |
| 60. | Setaloft 50 mg | 30 | 11 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 61. | Solian 400 mg | 30 | 7 | | |
| 62. | Sulpiryd 50 mg | 24 | 4 | | |
| 63. | Tegretol 400 mg | 30 | 21 | | |
| 64. | Tiapridal 100 mg | 20 | 6 | | |
| 65. | Trileptal 300 mg | 50 | 1 | | |
| 66. | Trileptal 600 mg | 50 | 6 | | |
| 67. | Tritico 150 mg | 60 | 3 | | |
| 68. | Tritiico 75 mg | 30 | 5 | | |
| 69. | Tisercin 25 mg | 50 | 140 | | |
| 70. | Topamax 100 mg | 28 | 6 | | |
| 71. | Venlecitine 75 mg | 28 | 4 | | |
| 72. | Xeplion 150 mg | 1 ampułka | 8 | | |
| 73. | Zolaxa Rapid 5 mg | 56 | 6 | | |
| 74. | Zolaxa 10 mg | 90 | 20 | | |
| 75. | Zolaxa 15 mg | 30 | 4 | | |
| 76. | Zolaxa 20 mg | 90 | 14 | | |
| 77. | Zypadhera 300 mg | 1 | 4 | | |
| 78. | Zypsila 80 mg | 56 | 1 | | |
| Razem | | | | | |

# ZAŁĄCZNIK NR 2B - FORMULARZ CENOWY

Zestawienie leków - ogólne

| Lp. | Nazwa leku | Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu) | Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Amlozek 5 mg | 30 | 7 | | |
| 2 | Amlozek 10 mg | 30 | 5 | | |
| 3 | Ac. Folicum 15 mg | 30 | 14 | | |
| 4 | Argosulfan 100 g | op. | 3 | | |
| 5 | Apap | 12 | 12 | | |
| 6 | Apo-Naproxen 250 mg | 30 | 6 | | |
| 7 | Accu-Chek paski | 50 | 12 | | |
| 8 | Bioprazol 20 mg | 56 | 12 | | |
| 9 | Biosotal 40 mg | 60 | 1 | | |
| 10 | Beroudual krople | but. | 3 | | |
| 11 | Beta ZK 100 | 30 | 2 | | |
| 12 | Beta ZK 25 | 30 | 5 | | |
| 13 | Bisocard 2,5 mg | 30 | 20 | | |
| 14 | Bisacodyl 5 mg | 30 | 10 | | |
| 15 | Bromergon 2,5 mg | 30 | 6 | | |
| 16 | Cavinton 10 mg | 30 | 7 | | |
| 17 | Proktohemolan czopki | op. | 3 | | |
| 18 | Paracetamol 500 mg czopki a 10 sztuk | op. | 3 | | |
| 19 | Diaprel 60 mg | 30 | 5 | | |
| 20 | Diaprel 30 mg | 60 | 4 | | |
| 21 | Digoxin 100 mg | 30 | 2 | | |
| 22 | Diosminex 1000 mg | 60 | 4 | | |
| 23 | Insulina Ryzodeg | 1 | 5 | | |
| 24 | Duomox 1000 mg | 20 | 3 | | |
| 25 | Dalacin C 300 mg | 16 | 2 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 26 | Dopegyt | 50 | 8 | | |
| 27 | Doxar 4 mg | 30 | 1 | | |
| 28 | Encorton 5 mg | 20 | 1 | | |
| 29 | Encorton 10 mg | 20 | 2 | | |
| 30 | Enarenal 5 mg | 30 | 3 | | |
| 31 | Enarenal 10 mg | 30 | 3 | | |
| 32 | Euphyllina 300 long | 30 | 4 | | |
| 33 | Euthyrox 25 mg | 100 | 8 | | |
| 34 | Euthyrox 50 mg | 100 | 2 | | |
| 35 | Euthyrox 88 mg | 50 | 2 | | |
| 36 | Euthyrox 100 mg | 100 | 2 | | |
| 37 | Euthyrox 125 mg | 100 | 1 | | |
| 38 | Espumisan | 100 | 1 | | |
| 39 | Furosemid 40 mg | 30 | 10 | | |
| 40 | Finaster 5 mg | 60 | 6 | | |
| 41 | Focusin | 30 | 6 | | |
| 42 | Flunarizina | 30 | 2 | | |
| 43 | Glukoza 5% | 500 ml | 6 | | |
| 44 | Gripex | 24 | 6 | | |
| 45 | Hepatil | 80 | 1 | | |
| 46 | Heparegen 100 mg | 100 | 3 | | |
| 47 | Indix | 90 | 4 | | |
| 48 | Kalipoz | 60 | 5 | | |
| 49 | Karbis 16 mg | 56 | 2 | | |
| 50 | Loperamid | 30 | 12 | | |
| 51 | Memootropil 1200 mg | 60 | 3 | | |
| 52 | Metocard 50 mg | 30 | 6 | | |
| 53 | Madopar 125 mg | 100 | 2 | | |
| 54 | Madopar 62,5 mg | 100 | 2 | | |
| 55 | Madopar 250 mg | 100 | 5 | | |
| 56 | Clobaza 40 g krem | op. | 6 | | |
| 57 | Ketnal 2,5% 100 g żel | op. | 6 | | |
| 58 | Mixtrad 50 insulina wkład | | 4 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 59 | Metformax 850 mg | 60 | 10 | | |
| 60 | Metformax 500 mg | 90 | 12 | | |
| 61 | Metformax 1000 mg | 60 | 10 | | |
| 62 | Mononit 20 mg | 60 | 1 | | |
| 63 | Milurit 100 mg | 50 | 6 | | |
| 64 | Milurit 300 mg | 50 | 2 | | |
| 65 | Nolpaza 20 mg | 56 | 6 | | |
| 66 | Nolpaza 40 mg | 56 | 2 | | |
| 67 | Noliprel forte 625 mg | 30 | 2 | | |
| 68 | No-spa | 20 | 10 | | |
| 69 | Nebicard 5 mg | 30 | 3 | | |
| 70 | Ospamox 1000 mg | 16 | 10 | | |
| 71 | Octanisept 1l | | 3 | | |
| 72 | Polocard 75 mg | 60 | 10 | | |
| 73 | Polocard 150 mg | 60 | 5 | | |
| 74 | Propranolol 10 mg | 50 | 8 | | |
| 75 | Propranolol 40 mg | 50 | 5 | | |
| 76 | Polpril 5 mg | 28 | 12 | | |
| 77 | Pulmeterol 120 dawka | | 6 | | |
| 78 | PWE 500 ml | | 2 | | |
| 79 | Ramizek Combi | 30 | 3 | | |
| 80 | Rutinoscorbin | 90 | 6 | | |
| 81 | Scorbolamid | 20 | 10 | | |
| 82 | Solderol | 2 | 16 | | |
| 83 | Spironol 25 mg | 100 | 3 | | |
| 84 | Simvasterol 20 mg | 28 | 8 | | |
| 85 | Smecta | 30 | 10 | | |
| 86 | Sól fizjologiczna 0,9% | 500 ml | 4 | | |
| 87 | Syrop na kaszel Supremin 4 mg/5 ml 200 ml | but. | 4 | | |
| 88 | Szelazo | 60 | 7 | | |
| 89 | Tardyferon | 30 | 10 | | |
| 90 | Tertensif SR | 30 | 6 | | |
| 91 | Tulip 40 mg | 30 | 6 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 92 | Tulip 20 mg | 30 | 13 | | |
| 93 | Tulip 10 mg | 90 | 1 | | |
| 94 | Tritace 10 mg | 28 | 5 | | |
| 95 | Tritace comb. 5 mg | 28 | 3 | | |
| 96 | Theospirex 150 mg | 50 | 3 | | |
| 97 | Theospirex 300 mg | 50 | 3 | | |
| 98 | Thyrozol 5 mg | 50 | 1 | | |
| 99 | Venescin | 30 | 3 | | |
| 100 | Vipocentine 10 mg | 50 | 4 | | |
| 101 | Vinpocetine | 50 | 1 | | |
| 102 | Vinpoton 5 mg | 90 | 3 | | |
| 103 | Vitamina C 1000 mg | 100 | 6 | | |
| 104 | Xanira 20 mg | 28 | 6 | | |
| 105 | Zahron 5 mg | 28 | 2 | | |
| 106 | Zafiron wziewy dawka | 120 | 3 | | |
| Razem | | | | | |

# ZAŁĄCZNIK NR 3 – PROJEKTOWANE POSTANOWIENIA 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 30.05.2025 r. do dnia 29.05.2026 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

Obowiązek informacyjny dla osób wskazanych do podpisania umowy oraz osób wskazanych do kontaktu

Zgodnie z art. 13 i 14 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, zwanej dalej RODO) informujemy, że:

1. Administrator Danych Osobowych (dalej Administrator)
   Administratorem Państwa danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej imienia dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański.
2. Inspektor Ochrony Danych
   Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się drogą elektroniczną: iodo@dpsszpegawsk.pl
3. Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych
   Pani/Pana dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu podpisania i wykonania umowy polegającego na utrzymywaniu kontaktów służbowych i realizacji umowy w związku z jej zawarciem i wykonywaniem oraz w celu realizacji obowiązków prawnych, np. co do przechowywania dokumentacji związanej z zawarciem umowy, do celów rachunkowych.
4. Kategorie odnośnych danych osobowych oraz źródło ich pochodzenia
   Jeśli w relacji z Administratorem występował/a Pan/i jako osoba do kontaktu lub jako pełnomocnik lub osoba uprawniona do działania w imieniu naszego kontrahenta, zgromadziliśmy Pani/Pana dane osobowe w następującym zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej, oznaczenie firmy), podstawa uprawnienia. Źródłem pochodzenia danych jest strona umowy, czyli Pani/Pana dane osobowe uzyskaliśmy od podmiotu, z którym zawarliśmy umowę i który wskazał Panią/Pana do kontaktów związanych z wykonywaniem umowy
5. Odbiorcy danych
   Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, organy, które uprawnione są do ich otrzymania na mocy przepisów prawa. Ponadto mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym, które na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych, podpisanych z Administratorem, zgodnie z art. 28 RODO, przetwarzają dane na zlecenie i w imieniu Administratora i wyłącznie zgodnie z jego poleceniami, np. podmiotom zapewniającym zewnętrzną obsługę w zakresie archiwizacji i niszczenia dokumentów.

6. Okres przechowywania danych
   Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, nie krócej niż okres wskazany w przepisach prawa o archiwizacji dokumentów oraz zgodnie z obowiązującą u Administratora Instrukcją Kancelaryjną przez okres 5 lat.
7. Przysługujące prawa
   Przysługuje Pani / Panu prawo do:
   1. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
   2. sprostowania (poprawiania) danych,
   3. usunięcia danych (zgodnie z uwarunkowaniami określonymi w art. 17 RODO),
   4. do ograniczenia przetwarzania danych,
   5. do przenoszenia danych (zgodnie z uwarunkowaniami określonymi w art. 20 RODO),
   6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych (zgodnie z uwarunkowaniami określonymi w art. 21 RODO).
8. Skarga do organu nadzorczego
   Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2.
9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu
   Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Wymóg podania danych
    Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do skutecznego kontaktowania się przez Administratorów (strony umowy). Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymagane do zawarcia umowy, odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji umowy.

§8

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

ZAMAWIAJĄCY

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

WYKONAWCA

.....