



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Puławy, 28.01.2025 r.

DZP.26.13.2025

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 4/2025

1. Opis przedmiotu zamówienia: Zakup wraz z dostawą paneli alergologicznych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: sukcesywnie na podstawie zamówień cząstkowych w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy

2a. Termin realizacji zamówienia cząstkowego: max. 5 dni od otrzymania zamówienia

3. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: Cena -100%

4. Wykluczenie z postępowania.

a. Na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania wyklucza się:

1. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy.

b. Wykluczenie następuje na okres trwania okoliczności określonych w ust. 1 Ustawy.

c. W przypadku wykonawcy lub uczestnika konkursu wykluczonego na podstawie ust. 1 Ustawy, zamawiający odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub ofertę takiego wykonawcy lub uczestnika konkursu, nie zaprasza go do złożenia oferty wstępnej, oferty podlegającej negocjacji, oferty dodatkowej, oferty lub oferty ostatecznej, nie zaprasza go do negocjacji lub dialogu, a także nie prowadzi z takim wykonawcą negocjacji lub dialogu, odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie, nie zaprasza do złożenia pracy konkursowej lub nie przeprowadza oceny pracy konkursowej, odpowiednio do trybu stosowanego do udzielenia zamówienia publicznego oraz etapu prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

5. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

a. aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u

b. formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1

c. opis przedmiotu zamówienia wraz z formularzem cenowym - zał. nr 2



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

- d. oświadczenie RODO - zał. nr 3
- e. paraflowany projekt umowy – zał. nr 4

- 6. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:
 - a. cena powinna zawierać:
 - wartość dostawy/~~usługi/roboty budowlanej*~~ określona w oparciu o przedmiot zamówienia,
 - obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,

Płatność przelewem w terminie 30 dni.

- 7. Opis sposobu przygotowania oferty:
 - a. ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie,
 - b. cena podana w złożonej ofercie ma być podana cyfrowo i słownie. Oferta cenowa winna być sporządzona wyłącznie w języku polskim i musi obejmować całość zamówienia. Formularz należy wypełnić czytelną i trwałą techniką.

- 8. Miejsce i termin złożenia oferty:
 - a. ofertę należy złożyć w terminie do dnia **04.02.2025 r., do godz. 08:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail zp@szpitalpulawy.pl
 - b. oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

- 9. Miejsce i termin otwarcia oferty:
Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **04.02.2025 r. o godz. 08:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5. zp@szpitalpulawy.pl

- 10. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:
 - a. w sprawie przedmiotu zamówienia – Jolanta Gąbka, tel. 81 45 02 364
 - b. w sprawie procedury – Honorata Zgierska-Skomra zp@szpitalpulawy.pl, tel. 81 450 23 89.

- 11. Termin ważności odczynników: min. 8 miesięcy (dla poz. 1 – paneli autoimmunologicznych) i min. 10 miesięcy (dla poz. 2 – paneli alergologicznych)

- 12. Termin związania z ofertą: 30 dni

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

ZASTĘPCA DYREKTORA
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach
ds. Adm. i w. p. [Technicznych.....]

dr Anna Kot



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 1

.....
.....
.....

(pieczęćka/nazwa Wykonawcy i adres, adres email, nr telefonu)

OFERTA do ZO 4/2025

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Zakup wraz z dostawą paneli alergologicznych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: zł

VAT: % tj. zł

cenę brutto: zł (słownie: złotych).

Termin realizacji zamówienia częściowego: dni od otrzymania zamówienia

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Termin ważności odczynników:

..... miesięcy dla poz. 1 – paneli autoimmunologicznych

..... miesięcy dla poz. 2 – paneli alergologicznych

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .

Termin związania z ofertą: 30 dni

Warunki płatności: przelew 30 dni.

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli stanowiącej Zał. Nr 3 do zapytania ofertowego, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Jednocześnie oświadczam, iż wszystkie podane dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego oraz nie podlegam wykluczeniu.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:

- 1) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- 2) druk Oferta – Załącznik nr 1



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

- 3) opis przedmiotu zamówienia – Załącznik nr 2
- 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
- 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4

.....
[pieczętka i podpis osoby uprawnionej]



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 2

Opis przedmiotu zamówienia:

Lp.	Parametr graniczny	Warunek konieczny	Podać
1	Testy do ilościowego oznaczania stężenia przeciwciał w klasie IgA – metodą immunoenzymatyczną (panele autoimmunologiczne).		
1.1	Testy paskowe, jeden pasek testowy przeznaczony dla jednego pacjenta.	TAK	
1.2	Minimum 3 linie standardowe (wartości niskie, średnie i wysokie) umożliwiające wykreślenie krzywej kalibracyjnej w czasie rzeczywistym do wykonania testu z uwzględnieniem tła, naniesione na każdy test.	TAK	
1.3	Odczynniki z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych.	TAK	
1.4	W standardach ludzkie IgA w zależności od panelu.	TAK	
1.5	Możliwość wykonania badań z max 15 µl surowicy.	TAK	
1.6	Dolna granica wykrywalności od 0,15 kU/l	TAK	
1.7	Czas wykonywania badań do 2,5 godzin	TAK	
1.8	Zestawy powinny zawierać wszelkie odczynniki niezbędne do wykonania badań i inkubacji.	TAK	
1.9	Wszelkie odczynniki gotowe do użycia (z wyjątkiem buforu płuczącego)	TAK	
1.10	Bufor do płukania, po przygotowaniu ważny przez 30 dni.	TAK	
1.11	Możliwość wykonania badań w zakresach temperatury pokojowej (18 do 24 st. C) bez konieczności przeliczania czasu inkubacji poszczególnych odczynników.	TAK	
1.12	Membrana nitrocelulozowa umieszczona w komorze w sposób trwały przez producenta, umożliwiająca wykonanie i odczyt badania bez konieczności przenoszenia jej w trakcie trwania całości procedury.	TAK	
1.13	Zamawiający wymaga, aby testy były kalibrowane indywidualnie, dopuszcza się kalibracje co 28 dni.	TAK	
1.14	Kalibratory służące do wykreślenia krzywej kalibracyjnej, z ludzkim IgA (zależy od panelu), o znanym stężeniu kU/L –	TAK	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

	podanym przez producenta, zawarte w każdym teście lub zapewnione nieodpłatnie przez wykonawcę co 28 dni.		
1.15	Wyniki muszą być interpretowane oraz archiwizowane za pomocą programu komputerowego w języku polskim.	TAK	
1.16	Obraz każdego paska zapisany i archiwizowany w programie z możliwością automatycznej identyfikacji panelu.	TAK	
1.17	Instrukcje obsługi w języku polskim.	TAK	
1.18	Termin ważności odczynników minimum 8 miesięcy.	TAK	
1.19	Nieodpłatne szkolenie personelu w siedzibie zamawiającego	TAK	
1.20	Dostarczenie niezbędnego sprzętu do wykonania badania (skaner, wytrząsarka – kołyska laboratoryjna).	TAK	
1.21	Dokumenty potwierdzające zgłoszenie produktów do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.	TAK	
2	Testy do ilościowego oznaczania stężenia specyficznych IgE – metodą immunoenzymatyczną (panele alergologiczne).		
2.1	Testy paskowe, jeden pasek testowy przeznaczony dla jednego pacjenta.	TAK	
2.2	Minimum 3 linie standardowe (wartości niskie, średnie i wysokie) umożliwiające wykreślenie krzywej kalibracyjnej w czasie rzeczywistym do wykonania testu z uwzględnieniem tła, naniesione na każdy test.	TAK	
2.3	Odczynniki z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych.	TAK	
2.4	W standardach ludzkich IgE.	TAK	
2.5	Potwierdzony brak reakcji krzyżowych z IgG, IgW, IgM, IgD.	TAK	
2.6	Wynik każdego alergenu oceniany indywidualnie – podana jest klasa (od 0 do 6), podany wynik liczbowy w jednostkach międzynarodowych oraz wynik liczbowy w jednostkach międzynarodowych oraz wynik przedstawiony graficznie.	TAK	
2.7	Możliwość wykonania badań z max 200 µl nierozcieńczonej surowicy.	TAK	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

2.8	Metoda nie może wymagać dodatkowej ingerencji przy badanej próbce (np. rozcieńczania surowicy).	TAK	
2.9	Dolna granica wykrywalności od 0,15 kU/I	TAK	
2.10	Czas wykonywania badań – do 3 godzin.	TAK	
2.11	Zestawy powinny zawierać wszelkie odczynniki niezbędne do wykonania badań i inkubacji.	TAK	
2.12	Wszelkie odczynniki gotowe do użycia (z wyjątkiem buforu płuczającego).	TAK	
2.13	Bufor do płukania, po przygotowania ważny przez 30 dni.	TAK	
2.14	Możliwość wykonania badań w zakresach temperatury pokojowej (18 do 24 st. C) bez konieczności przeliczenia czasu inkubacji poszczególnych odczynników.	TAK	
2.15	Membrana nitrocelulozowa umieszczona w komorze w sposób trwały przez producenta, umożliwiającą wykonanie i odczyt badania bez konieczności przenoszenia jej w trakcie trwania całości procedury.	TAK	
2.16	Zamawiający wymaga, aby testy były kalibrowane indywidualnie, dopuszcza się kalibracje co 28 dni.	TAK	
2.17	Kalibratory służące do wykreślenia krzywej kalibracyjnej, z ludzkim IgE, o znanym stężeniu kU/L – podanym przez producenta, zawarte w każdym teście lub zapewnione nieodpłatnie przez wykonawcę co 28 dni.	TAK	
2.18	Możliwość podglądu i archiwizacji krzywej kalibracyjnej.	TAK	
2.19	Wyniki muszą być interpretowane oraz archiwizowane za pomocą programu komputerowego w języku polskim.	TAK	
2.20	Obraz każdego paska zapisany i archiwizowany w programie z możliwością automatycznej identyfikacji panelu.	TAK	
2.21	Instrukcje obsługi w języku polskim.	TAK	
2.22	Termin ważności odczynników minimum 10 miesięcy.	TAK	
2.23	Nieodpłatne szkolenie personelu w siedzibie zamawiającego	TAK	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

2.24	Dostarczenie niezbędnego sprzętu do wykonania badania (skaner, kołyska laboratoryjna).	TAK	
2.25	Zapewnienie bezpłatnych konsultacji wykonywanych badań (możliwość wykonania inkubacji porównawczej).	TAK	
2.26	Dokumenty potwierdzające zgłoszenie produktów do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.	TAK	

NAZWA	Il.	Ilość testów z opak.	Ilość opak.	Cena opak. netto	Wartość netto	Stawka VAT	Cena opak. brutto	Wartość brutto	Nr kat.
CELIAKIA IGA TOTAL	220								
PANEL 30 - PARAMETROWY ATOPOWY	140								
PANEL 30- PARAMETROWY WZIEWNY	300								
PANEL 30- PARAMETROWY POKARMOWY	240								
PANEL 20- PARAMETROWY WZIEWNY	24								
PANEL20- PARAMETROWY POKARMOWY	24								
PANEL ZAPALENIA MIĘŚNI	12								
PANEL STD-X	240								
Miesięczna dzierżawa	X	X	X	X					
Koszt dzierżawy w okresie 12 miesięcy	X	X	X	X					
Wartość umowy	X	X	X	X		X	X		



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Parametry zaznaczone „TAK” lub określone wartością są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

....., dn.

.....
podpis osoby upoważnionej



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 3

Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – ZO 4/2025. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 4

W Z Ó R

UMOWA NR / 2024

Zawarta w dniu r. w Puławach pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w Rejestrze Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego w Lublinie - Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026256, NIP 716-22-38-942, REGON 431205731 reprezentowanym przez

Dr n. med. Marka Paździora - Dyrektora
zwanym dalej Zleceniodawcą,

a:

....., wpisaną do
NIP Regon reprezentowanym przez

-
zwanym dalej Zleceniobiorcą o następującej treści :

§1

1. Przedmiotem Umowy jest sukcesywna dostawa na rzecz Zamawiającego **paneli alergologicznych** dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach, w ilości i cenie podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy.
2. Przedmiot umowy musi być jakości zgodnej z Polskimi Normami oraz być dopuszczony do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Realizacja dostawy nastąpi sukcesywnie, w zależności od potrzeb Zamawiającego, w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy na podstawie zamówień cząstkowych składanych przez Zamawiającego.
4. Strony zgodnie oświadczają, iż ilość asortymentu określona w ofercie Wykonawcy ma charakter wyłącznie szacunkowy, przy czym Zamawiający zastrzega sobie prawo zmniejszenia ilości asortymentu w stosunku do ilości określonej w tejże ofercie, nie powodującego powstania roszczeń po stronie Wykonawcy, a Wykonawca oświadcza, że wyraża na to zgodę, przy czym ograniczenie ilości asortymentu nie przekroczy 70 % ilości szacunkowej z oferty.

§ 2

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot Umowy na własny koszt i ryzyko do Magazynu w siedzibie Zamawiającego w Puławach ul. Bema 1, 24-100 Puławy, w dniach roboczych od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w godz. 7:30-15:00 wraz z oryginałem faktury, o którym mowa w § 3 ust. 4.
2. Zamówienia cząstkowe, zawierające zestawienie asortymentowo – ilościowe w zależności od potrzeb Zamawiającego będzie przekazywane Wykonawcy na adres e-mail



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

3. Do składania zamówień częściowych upoważniony jest Pracownik Laboratorium.
4. Termin dostawy określa się maksymalnie na dni od daty złożenia przez Zamawiającego zamówienia częściowego.
5. Przy dostawie towar będzie poddawany kontroli ilościowej i jakościowej. Jeżeli Wykonawca dostarcza towar za pośrednictwem firmy kurierskiej, wówczas zobowiązany jest zapewnić, aby przewoźnik poczekał na sprawdzenie przez personel Zamawiającego zgodności przywiezionego towaru z zamówieniem oraz z fakturą dostawy.
6. Przedmiot zamówienia dostarczony przez Wykonawcę będzie fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oryginalnie zapakowany.

§ 3

1. Strony ustalają, że wynagrodzenie Wykonawcy za wykonywanie przedmiotu umowy stanowić będzie iloczyn cen i ilości zamówionego, w zamówieniach częściowych, asortymentu obliczoną przy przyjęciu cen jednostkowych podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wynagrodzenie za cały czas trwania Umowy wyniesie szacunkowo:
wartość netto: zł.
słownie wartość netto:
VAT %
wartość brutto: zł.
słownie wartość brutto:
3. Wartość zamówienia określona Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy obejmuje wartość towaru oraz wszystkie koszty pośrednie, w szczególności związane z transportem towaru do miejsca wskazanego do Zamawiającego, o którym mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy i jego rozładunkiem.
4. Zapłata za zrealizowaną dostawę następować będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dokonywać zaksięgowania przekazanego wynagrodzenia na poczet wymagalnej należności głównej wskazanej w tytule przelewu.
5. Wykonawca wraz z towarem będzie dostarczał oryginały faktur, na których umieszczone będą podstawowe informacje o przedmiocie zamówienia tj. nazwę przedmiotu dostawy, ilość, cenę netto brutto i podatek VAT.
6. Rozliczenie zamówienia odbywać się będzie w polskich złotych.
7. Za dzień zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
8. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymania niezmienności cen netto, podanych w Załączniku nr 1 do niniejszej Umowy, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku zmiany stawki podatku VAT Strony ustalają że:
 - a) w razie obniżenia stawki podatku VAT cena brutto przedmiotu dostawy ulega automatycznemu obniżeniu, natomiast cena netto pozostaje bez zmian – bez konieczności zawierania jakiegokolwiek aneksu w tym zakresie;
 - b) w razie podwyższenia stawki podatku VAT zmianie ulega jedynie cena netto, cena brutto pozostaje bez zmian. Nowe stawki będą obowiązywać strony wraz z wejściem w życie przepisów je regulujących. Każdorazowa zmiana nie wymaga aneksu w formie pisemnej, ewentualnie strony mogą zawrzeć aneks, mocą którego nastąpi podwyższenie ceny brutto, przy pozostawieniu ceny netto bez zmian.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

c) powyższe zmiany nie mogą skutkować zwiększeniem wartości Umowy, o której mowa w ust. 2 i nie mogą być niekorzystne dla Zamawiającego.

10. Wykonawca nie ma prawa odmówić realizacji dostawy zamówionej partii przedmiotu umowy z powodu zwłoki Zamawiającego z zapłatą należności za dostawy zrealizowane wcześniej, chyba że zwłoka w zapłacie przekroczy 60 dni.

§ 4

Zamawiający będzie składał reklamacje zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego. Termin do rozpatrzenia reklamacji wynosi 14 dni.

§ 5

1. Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z następujących tytułów i w wysokościach:

a) za opóźnienie w dostawie przedmiotu zamówienia w stosunku do terminu określonego w § 2 ust. 5 niniejszej Umowy - w wysokości 1 % wartości brutto niedostarczonego przedmiotu zamówienia za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,

b) za dostarczenie przedmiotu zamówienia z wadami - w wysokości 1 % wartości brutto towaru dostarczonego z wadami jeżeli wymiana wadliwego towaru na wolny od wad zgodny z zamówieniem trwa dłużej niż 14 dni,

c) za rozwiązanie Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto całej Umowy wskazanej w § 3 ust. 2 niniejszej Umowy.

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

3. Zamawiający ma prawo potrącenia wymagalnych należności z tytułu kar umownych z wystawionej przez Wykonawcę faktury.

4. W przypadku opóźnienia Wykonawcy z dostawą przedmiotu Umowy Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania zakupu zastępczego niedostarczonej partii i kosztami związanymi z tym zakupem oraz różnicą ceny obciąża Wykonawcę.

5. Poniesione koszty zakupu o których mowa w ust. 4 w wysokości udokumentowanej rachunkami, zostaną potrącone z pierwszej, po ich wystąpieniu, wymagalnej wierzytelności Wykonawcy.

6. Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od swojej winy.

§ 6

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do rozwiązania Umowy bez wypowiedzenia za uprzednim powiadomieniem Wykonawcy na 3 dni przed rozwiązaniem Umowy w razie niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy przez Wykonawcę, w szczególności w razie co najmniej trzykrotnych opóźnień w dostawie przedmiotu zamówienia lub co najmniej trzykrotnej dostawy towaru wadliwego.

2. Poza przypadkiem określonym w ust. 1 powyżej Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności, powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy; odstąpienie od umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części Umowy.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

3. Umowa może być przez każdą ze stron rozwiązana za wypowiedzeniem z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca.
4. Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy nastąpi w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej Strony o każdorazowej zmianie swojego adresu. Zaniechanie zawiadomienia skutkować będzie iż korespondencja przesłana na dotychczasowe numery zostanie uznana za skutecznie doręczoną.
2. Zmiana wierzyciela wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany postanowień Umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnej.
4. W sprawach, które nie zostały uregulowane postanowieniami Umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
5. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozpoznawane przez sądy właściwe rzeczowo i miejscowo według siedziby Zamawiającego.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 – Kopia Oferty Wykonawcy

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca: