



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

DZP. 26.34.2023

Puławy, 28.03.2023 r.

**Wykonawcy uczestniczący
w zaproszeniu do składania ofert:
ZSO 18/2023**

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NR ZSO 18/2023

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Zakup wraz z dostawą akcesoriów noworodkowych.

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: 12 miesięcy od podpisania umowy.

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

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

- 1) formularz oferty wg załączonego wzoru – Załącznik nr 1
- 2) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis KRS-u,

3) opis przedmiotu zamówienia wraz z formularzem cenowym – Załącznik nr 2,

4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3

5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4.

5. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:

Cena powinna zawierać:

- 1) wartość **dostawy**/usługi/roboty budowlanej* określonej w oparciu o przedmiot zamówienia,
- 2) obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,
- 3) cena podana przez wykonawcę za świadczoną usługę/**dostawę**/robotę budowlaną* jest obowiązująca przez okres ważności umowy i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie jej trwania.

6. Opis sposobu przygotowania oferty:

- 1) należy ją złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie,
- 2) 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.

7. Miejsce i termin złożenia oferty:

- 1) Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 04.04.2023 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.

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89

e-
mail:jgaweda@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl,
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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) Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

8. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu 04.04.2023 r. o godz. 08:15 w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5.

9. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- w sprawie przedmiotu zamówienia – Grażyna Ziemiarek, tel. 81 45 02 140

- w sprawie procedury zamówienia – Justyna Gawęda, tel. 81 45 02 389

[imię i nazwisko, nr tel.]

10. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od wyboru ofert bez podania przyczyny.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach

[data i podpis Zamawiającego]

Piotr Rybak

*niepotrzebne skreślić

Dział/Sekcja

Sprawę prowadzi:

Justyna Gawęda

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

jgaweda@szpitalpul

awy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl

www.szpitalpulawy.pl,

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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 do ZSO nr 18/2023

OFERTA

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na: Zakup wraz z dostawą akcesoriów noworodkowych.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:
cenę netto: zł; podatek VAT: zł
cenę brutto: zł (słownie: złotych).
2. Termin realizacji zamówienia: 12 miesięcy od podpisania umowy.
3. Kryteria oceny ofert: 100 % cena.
4. Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .
5. Warunki płatności: przelew 30 dni.
6. Czas realizacji zamówienia cząstkowego:
7. Adres e-mail do składania zamówień cząstkowych.....
8. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
10. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
11. 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
 - 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]

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89
e-mail:
jgaweda@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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 do ZSO 18/2023

Lp.	NAZWA	Ilość szt.	cena jednostk. netto	wartość netto	stawka vat	wartość brutto	Producent/nr katalogowy
1	Aksesoria do nielunazynjnego wsparcia oddechu metodą Infant Flow (mikrobiologicznie czyste), z zabezpieczeniem przeciwdrobnoustrojowym opartym na działaniu jonów srebra o udowodnionej w badaniach skuteczności. W skład zestawu wchodzi: - odcinek wdechowy podgrzewany dł. 1,2 m, Ø wew. 10 mm, - odcinek wydechowy niepodgrzewany z perforacją w postaci regularnych otworów zabezpieczających przed okluzją, umiejscowionych na wierzchołkach karbowania, na całej długości odcinka, - odcinek łączący nawilżacz z respiratorem dł. 0,6 m, - końcówka donosowa o zróżnicowanej grubości ramion donosowych w rozzm. S, M, L, - odcinek do pomiaru ciśnienia dł. 2,1 m, - generator IF z elastycznymi i miękkimi paskami mocującymi, z pętelkami do zaczepiania rzepów z jednej strony, paski zakończone usztywnianymi karbowanymi końcami, które ułatwiają montaż generatora do czapecki, - kołyska do zamocowania generatora na czepcu, wykonana z elastycznego tworzywa w kształcie litery T, z rzepeem mocującym, - klipsy – 4 szt.	50					
2	Maska nosowa rozmiar S, M, L, XL	50					

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89
e-
mail: jgaweda@szpitalpulawy.pl
alpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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

<p>Czepląc do terapii wymiennych do stosowania w nieinwazyjnym wspomaganiu oddechu (NIV) umożliwiający zamocowanie generatora w mocowaniu kołyskowym za pomocą dwóch krótkich dwustronnych rzepów oraz w terapii tlenowej wysokimi przepływami (HFOT) umożliwiający zamocowanie kanułu nosowej za pomocą dwóch długich rzepów (posiadających dodatkowo warstwę klejącą).</p> <p>Czepląc do terapii wymiennych posiada następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none">- wykonany z jednego kawałka miękkiego materiału kompozytowego o właściwościach odpornych na rozciąganie i deformację, zapewniającego przepuszczalność powietrza, ograniczającego przesuwanie głowy pacjenta dzięki wewnętrznej porowatej warstwie, a także o właściwościach wyciszających hałas pochodzący z otoczenia oraz zabezpieczających przed utratą ciepła i utrzymujących komfort termiczny, posiadający pętelki do zamocowania rzepów na części zewnętrznej,- z możliwością uzyskania bezpośredniego dostępu do cieniączka i naczyń pacjenta bez wpływu na stabilność i funkcje utrzymujące, w postaci opaski owijanej wokół głowy,- posiadający perforację w części płatu potylicznego,- o konstrukcji w postaci opaski,- z możliwością regulacji obwodu głowy pacjenta w zależności od potrzeb (zmniejszanie lub zwiększanie obwodu),- z rzepami do mocowania (po dwa osobne dla NIV i HFOT), które umożliwiają umiejscowienie interfejsu NIV lub HFOT w różnych pozycjach,- część pokrywająca małżowiny uszne z możliwością inspekcji stanu skóry i/lub higienizacji części zausznej, bez konieczności zdejmowania czeplca,- wielkość oznaczona kolorem w sposób trwały,- z miarką do ustalenia właściwego rozmiaru. <p>Dostępne rozmiary:</p> <ul style="list-style-type: none">- obwód głowy 24-28 cm, rozm. XS- obwód głowy 28-31 cm, rozm. S- obwód głowy 31-34 cm rozm. M- obwód głowy 34-38 cm rozm. L- obwód głowy 31-34cm, rozm. M	30					
--	----	--	--	--	--	--

Dział/Sekcja

Sprawa prowadzi:

Justyna Gawęda

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

kgaweda@szpitalpu
lawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpuławy.pl

www.szpitalpuławy.pl

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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

	- obwód głowy 34-38 cm, rozm. L								
4	Filter wyciszający	50							
5	Komorą nawilżacz z automatyczną regulacją poziomu wody o konstrukcji zapobiegającej nadmiernej gromadzeniu kondensatu w obwodzie oddychowym, dren do podażi wody dt. 1,2 m	50							
	Akcesoria do wentylacji mechanicznej								
6	Układ oddychowy noworodkowy podwójnie ogrzewany z zabezpieczeniem przeciwdrobnoustrojowym opartym na działaniu jonów srebra o udowodnionej w badaniach skuteczności, z komorą nawilżacza	20							
	Akcesoria do Inkubatora firmy Atom								
7	Filter powietrza F-6E (przeciwkurzowy) do inkubatora Atom V-2100	20							
8	Filter powietrza (przeciwkurzowy) do Inkubatora serii Incu I	20							
9	Mankiet do inkubatora	10							
10	Wkład od pojemnika ssaka do stanowiska do resuscytacji Sunflower	15							
11	Kolanko do ssaka	5							
	Akcesoria do resuscytacji								

Dział/Sekcja

Sprawy prowadzi:

Justyna Gawęda

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

kgawedada@szpitalpuławy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalpuławy.pl

www.szpitalpuławy.pl

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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

12	Układ do resuscytacji dt. 1,5 m Układ oddechowy do resuscytacji noworodka przeznaczony do aparatów: Neopuff, Babybuff, Resuscitare, Panda, Giraffe Star, Atom posiadający zabezpieczenie antybakteryjne oparte na działaniu jonów srebra. W skład zestawu wchodzi: - ramię wdechowe niepodgrzewane dt. 1,5 m - zastawka PEEP z zabezpieczeniem przed przyrządkowym odwróceniem pokręta regulatora ciśnienia końcowo-wydechowego oraz z podwójnie obrotową regulacją położenia przy zastawce - zatyczka uszczelniająca - łącznik umożliwiający dopasowanie do aparatu Resuscitare, Panda, Giraffe Star	20						
13	Maska twarzowa, okrągła, silikonowa, rozmiar 00 (I.D. 24 mm)	10						
14	Maska twarzowa, okrągła, silikonowa, rozmiar 0 (I.D. 30 mm)	40						
15	Maska twarzowa, okrągła, silikonowa, rozmiar 1 (I.D. 38 mm)	10						
16	Płucho testowe	1						
17	Akcesoria do nieinwazyjnego wsparcia oddechu metodą wysokich przepływów HIVNI z użyciem aparatu Precision Flow							
17	Układ pacjenta jednorazowy, zestaw zawiera: komorę nawilżania, filtr do przepływów 1-8 L/min, wąż łączący układ filtrujący z kaniulą donosową.	10						
18	Kaniula nosowa, rozmiar: wcześnieńca i noworodkowa	10						
19	Kaniula nosowa do pojedynczego nozdrza	5						
20	Kaniula nosowa z ultra miękkimi końcówkami nosowymi, rozmiar: wcześnieńca i noworodkowa	5						
21	CzuJNIk przepływu dla jednego pacjenta do Fabiana	1						
22	CzuJNIk tlenowy do Fabiana	1						

Dział/Sekcja

Sprawy prowadzi:

Justyna Gawęda

Tel: 81 450 23 89

e-mail:

jgaweda@szpitalpuławy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalpuławy.pl

www.szpitalpuławy.pl

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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

23	Czujnik tlenowy do SIPAPu Aksesoria do respiratora SLE6000	3							
24	Wielofunkcyjny układ oddechowy noworodkowy podwójnie ogrzewany, z odprowadzeniem wilgoci na zewnątrz, przekrój rur – 10 mm, z zabezpieczeniem przeciwdrobnoustrojowym opartym na działaniu jonów srebra o udowodnionej w badaniach skuteczności W skład zestawu wchodzi: - odcinek wdechowy podgrzewany dt. 1,2 m - odcinek wydechowy podgrzewany dt. 1,35 m, wykonany z materiału odprowadzającego wilgoć na zewnątrz poprzez przepuszczalną strukturę wielowarstwową - odcinek przedłużający do Inkubatora 0,3 m - dren ciśnieniowy dt. 1,8 m, rożący z połączeniem typu Luer - zestaw adapterów, w tym złączka do nCPAP - porty do podazy i pomiaru NO - restryktor przepływu - komora nawilżacza o konstrukcji zapobiegającej nadmieremu zbieraniu się kondensatu w obwodzie oddechowym z drenem zasilającym w wodę dt. 1,2 m - 4 Klipsy	10							
25	Generator MiniFlow	10							
26	Generator Infant Flow z końcówkami nosowymi rozm. S, M, L	5							
27	Końcówka nosowa, silikonowa, rozmiar XS, S, M, L, XL	5							
28	Końcówka nosowa, silikonowa, rozmiar szerokie M, L	5							
29	Maska nosowa, silikonowa, rozmiar XS, S, M, L, XL	5							

Dział/Sekcja

Sprawę prowadzi:

Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89

e-mail:

kgaweda@szpitalpu
awy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP: /SPZOZPUŁAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalpuławy.pl

www.szpitalpuławy.pl

Nr księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 6018 9573



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

30	Czapeczka, rozm. XXS, XS, S, M, L, XL, XXL, XXXL	5						
31	Czujnik przepływu j. uż.	10						
32	Czujnik przepływu wielorazowy	1						
33	Kabel czujnika przepływu	1						
34	Filtr wdechowo-wydechowy, j. uż.	10						
35	Filtr wdechowy wielorazowego użytku	2						
36	Łącznik prosty (umożliwia podłączenie układu z poz. 1 do respiratora SLE6000)	5						
37	Tłumik do respiratora SLE	1						
38	Blok wydechowy do respiratora SLE	1						
	Razem:							

.....
miejsowość, data

.....
podpis upowaznionego przedstawiciela

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89
e-mail:
jgaweda@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

szpocz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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 do ZSO nr 18/2023

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 – ZSO 18/2023 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

**Wzór umowy
Załącznik nr 4 do ZSO 18/2023**

UMOWA /2023

zawarta w dniu r. w Puławach pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Puławach przy ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin - Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026256, NIP 716-22-38-942, REGON 431205731 zwanym dalej „Zamawiającym”

reprezentowanym przez:

- Piotra Rybaka – Dyrektora

oraz

....., wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, NIP, REGON

zwany dalej „Wykonawcą”

reprezentowanym przez:

-

Zamawiający i Wykonawca będą dalej łącznie zwani „Stronami”, a każdy z nich z osobna także „Stroną”.

Wobec wyboru oferty Wykonawcy jako najkorzystniejszej w przeprowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia w trybie zaproszenia do składania ofert Strony postanawiają co następuje:

§ 1

1. Przedmiotem Umowy jest sukcesywna dostawa na rzecz Zamawiającego artykułów noworodkowych 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
3. Do składania zamówień cząstkowych upoważniony jest Pracownik Magazynu.

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573

e-
mail:jgaweda@szpit
alpulawy.pl



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

4. Termin dostawy określa się maksymalnie nadni 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 zmiana 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.
 - 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.



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

§ 4

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

§ 5

- Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z następujących tytułów i w wysokościach:
 - 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,
 - 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,
 - za rozwiązanie Umowy z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca 10% wartości brutto całej Umowy wskazanej w § 3 ust. 2 niniejszej Umowy.
- Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
- Zamawiający ma prawo potrącenia wymagalnych należności z tytułu kar umownych z wystawionej przez Wykonawcę faktury.
- 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 obciążą Wykonawcę.
- Poniesione koszty zakupu o których mowa w ust. 4 w wysokości udokumentowanej rachunkami, zostaną potrącone z pierwszej, po ich wystąpieniu, wymagalnej wierzytelności Wykonawcy.
- Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą niezależnie od swojej winy.

§ 6

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

§ 7

- Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej strony o każdorazowej zmianie swojego adresu w tym nr faks. Zaniechanie zawiadomienia skutkować będzie iż korespondencja przesłana na dotychczasowe numery zostanie uznana za skutecznie doręczoną.
- Zmiana wierzyciela wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody Podmiotu Tworzącego Zamawiającego.

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89
e-mail:
jgaweda@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573



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. 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

WYKONAWCA:

ZAMAWIAJĄCY:

Dział/Sekcja
Sprawę prowadzi:
Justyna Gawęda
Tel: 81 450 23 89
e-mail:
jgaweda@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP: SPZOZPULAWY/SkrytkaESP

spzoz@szpitalpulawy.pl
www.szpitalpulawy.pl,
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573