



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, dnia 13.02.2024 r.

DZP.26.22.2024

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NR ZSO 5/2024

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 w miarę zamówień częściowych w okresie 12 miesięcy od daty podpisania umowy.
3. Termin ważności odczynników: **min. 8 miesięcy (dla poz. 1 - paneli autoimmunologicznych) i min. 10 miesięcy (dla poz. 2 - paneli alergologicznych)**
4. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: 100 % cena.
5. **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 potwierdzający wymagania zamawiającego wraz z formularzem cenowym – Załącznik nr 2,
 - 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
 - 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4.
6. 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.
7. 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.

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@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

8. Miejsce i termin złożenia oferty:

- 1) Ofertę należy złożyć w terminie do dnia **21.02.2024 r., do godz. 09:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail: zp@szpitalpulawy.pl. Formularz ofertowy wraz z załącznikami podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym w formie PAdES typ wewnętrzny(w przypadku ofert przesłanych drogą e- mail).
- 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 **21.02.2024 r. o godz. 09:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5.

9. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- w sprawie procedury zamówienia – Małgorzata Wójtowicz, tel. 81 45 02 389
- w sprawie przedmiotu zamówienia – Jolanta Gąbka tel. 81 45 02 364

[imię i nazwisko, nr tel.]

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

*niepotrzebne skreślić

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zespołu Szpitala Puławy
[data i podpis Zamawiającego]

Piotr Rybak

.....
[nazwa, adres, tel. wykonawcy]

OFERTA

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na:

Zakup wraz z dostawą paneli alergologicznych dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:
cenę netto: zł; podatek VAT: zł
cenę brutto: zł (słownie: złotych).
2. Termin realizacji zamówienia częściowego: dni robocze licząc od otrzymania zamówienia.
3. Kryteria oceny ofert: 100 % cena.
4. Okres ważności odczynników:

- poz. 1 panele autoimmunologiczne.....miesiące (min. 8 miesięcy)

- poz. 2 panele alergologiczne.....miesiące (min. 10 miesięcy)
5. Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .
6. Warunki płatności: przelew 30 dni.
7. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
10. 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]



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 5/2024

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Lp.	Parametr graniczny	Warunek konieczny	TAK/NIE opisać
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	

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389

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

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

e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl

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 płuczającego)	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 wykresiania krzywej kalibracyjnej, z ludzkim IgA (zależy od panelu), o znanym stężeniu KU/L – podanym przez producenta, zawarte w każdym teście lub zapewnione nieodpłatnie przez wykonawcę co 28 dni.	TAK	
1.15	Wyniki muszą być interpretowane oraz archiwizowane za pomocą programu komputerowego w języku polskim.	TAK	

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389

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

e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl

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, wstrząsarka – kotłyska laboratoryjna).	TAK	
1.21	Dokumenty potwierdzające zgłoszenie produktów do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.	TAK	
2	Testy do ilościowego oznaczenia 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	

Dział/Sekcja
Zamówienia

Publiczne

Sprawy prowadzi:

Małgorzata

Wójtowicz

Tel.: 814502389

e-mail:

zp@szpitalpulawy.pl

NIP 7162238942

REGON: 431205731

KRS: 0000026256

BDO: 000041779

ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrzykaESP

szpocz@szpitalpulawy.pl

www.szpitalpulawy.pl

Nr Księgi Rejestrowej: 000000002932

Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573

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	
2.8	Metoda nie może wymagać dodatkowej ingerencji przy badanej próbce (np. rozcieńczenia surowicy).	TAK	
2.9	Dolna granica wykrywalności od 0,15 kU/l	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 płuczącego).	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	

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel.: 814502389

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

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

e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl

2.15	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	
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 w minimum 10 miesięcy.	TAK	
2.23	Nieodpłatne szkolenie personelu w siedzibie zamawiającego	TAK	

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389

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

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

e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl

2.24	Dostarczenie niezbędnego sprzętu do wykonania badania (skaner, kotyńska 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	

Wyszczególnienie	Ilość testów	Ilość testów z opakowania	Ilość opakowań	Cena opakowania netto	Wartość netto	Stawka VAT %	Cena opakowania brutto	Wartość brutto	Nr katalogowy
CELLAKIA IGA TOTAL	120								
PANEL 30 -PARAMETROWY ATOPOWY	240								
PANEL 30-PARAMETROWY WZIEWNY	240								
PANEL 30-PARAMETROWY POKARMOWY	240								
PANEL 20-PARAMETROWY WZIEWNY	24								

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel.: 814502389

NIP 7162238942
REGON: 431205731
KRS: 0000026256
BDO: 000041779
ePUAP:/SPZOZPULAWY/SkrytkaESP
www.szpitalpulawy.pl
Nr księgi Rejestrowej: 000000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573

e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl

PANEL 20-PARAMETROWY POKARMOWY	24								
Miesięczna dzierzawa	X	X	X	X					X
Koszt dzierzawy w okresie 12 miesięcy	X	X	X	X					X
RAZEM:	X	X	X	X			X	X	X

.....

Miejscowość, data

.....

podpis osoby upoważnionej

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wojtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p

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

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 5/2024

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 5/2024 Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przez mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przez 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

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.pl
|

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

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

UMOWA /2024

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 **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

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p
l

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

spzoz@szpitalpulawy.pl
www. szpitalpulawy.pl,
Nr księgi Rejestrowej: 00000002932
Bank Millennium SA - 12 1160 2202 0000 0000 6018 9573

3. Do składania zamówień częściowych upoważniony jest Pracownik Laboratorium.
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 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.
 - 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.

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p
l

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

§ 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.

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p

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

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

WYKONAWCA:

ZAMAWIAJĄCY:

Dział/Sekcja
Zamówienia
Publiczne
Sprawę prowadzi:
Małgorzata
Wójtowicz
Tel: 814502389
e-mail:
zp@szpitalpulawy.p
l

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