



Toszek, dn. 24.01.2020 r.

L. dz. DS/.....<sup>452</sup>...../2020

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
nr sprawy **10/DEG/AC/2020**

1. Zamawiający: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek zaprasza do złożenia propozycji ofertowej na:
2. Przedmiot zamówienia: Dostawa leków dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, zgodnie z uszczegółowieniem zawartym w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego.
3. Termin realizacji zamówienia: 6 miesięcy od daty zawarcia umowy.
4. Kryteria wyboru propozycji ofertowych:  
W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający przyjął następujące kryterium:  
**cena brutto za realizację zamówienia - 100 %**

Zasady oceny ofert według ustalonego kryterium:  
Ocena ofert dokonywana będzie wg kryterium:  
cena brutto za realizację zamówienia, wg wzoru:

Sposób liczenia:

$$C = \frac{C_N}{C_{OB}} \times W_C \quad \text{gdzie:}$$

C – ilość punktów otrzymanych za proponowaną cenę  
C<sub>N</sub> – najniższa cena proponowana przez Wykonawców  
C<sub>OB</sub> – cena badanej oferty  
W<sub>C</sub> – wartość wagowa 100 %

Oferty oceniane będą za pomocą systemu punktowego.  
Obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.  
Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów.

5. Istotne postanowienia umowy, które zostaną zawarte w jej treści:
  - a) Dostawy realizowane będą w sposób ciągły w zależności od aktualnego zapotrzebowania Zamawiającego.
  - b) Dostawa nastąpi wg potrzeb Odbiorcy, w terminie 2 dni od chwili zgłoszenia faksem przez uprawnionego przedstawiciela Odbiorcy, transportem własnym Dostawcy na jego koszt i ryzyko,
  - c) Dostawy następować będą bezpośrednio do apteki (wniesiony bezpośrednio do pomieszczeń apteki szpitalnej) od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 – 14.00.
  - d) Dostarczony towar winien być zgodny z zamówieniem.
  - e) Odbioru przedmiotu umowy dokona uprawniony przedstawiciel Odbiorcy.....
  - f) W przypadku nienależytego wykonania zobowiązania przez Dostawcę, tj.:
    - niedotrzymania terminu dostawy,

- dostarczenia towaru wadliwego pod względem jakościowym,
- dostarczenia towaru w ilości innej niż zgłoszone zapotrzebowanie,

Odbiorcy przysługuje prawo do zakupu towaru u osób trzecich na koszt Dostawcy,

g) Kary umowne w wysokości:

Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:

- za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Odbiorca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
- za odstąpienie od umowy przez Odbiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Dostawca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy,
- za zwłokę w dostawie zamawianego towaru nie przekraczającą 48 godzin – 0,1% wynagrodzenia umownego za przedmiot dostawy. W przypadku zwłoki dłuższej niż 48 godzin Odbiorca skorzysta z uprawnienia określonego w pkt 5 ppkt f),

Odbiorca zapłaci Dostawcy karę umowną:

- za odstąpienie od umowy przez Dostawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Odbiorca – w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego.

**Zwracamy się z prośbą o przesłanie propozycji ofertowej wypełnionej zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego pocztą elektroniczną na adres: [zampub@szpitaltoszek.pl](mailto:zampub@szpitaltoszek.pl)**

**w nieprzekraczalnym terminie do 29.01.2020 r. do godz. 12.00**

**z dopiskiem „Propozycja ofertowa – nr postępowania 10/DEG/AC/2020**

Osoby do kontaktu:

mgr Liliana Felkowska – Kierownik Apteki (32) 233 – 41 – 12 w. 248

mgr Angelika Sierla – Referent (32) 233 – 41 – 12 w. 288

Z poważaniem

*inż. Eryk Janyszek*  
*Referent*  
d/s p.

Załączniki:

1. Propozycja ofertowa.

**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 10/DEG/AC/2020**  
**na dostawę leków dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Numer telefonu / fax .....

Adres e-mail: .....

NIP: ..... REGON: .....

Wpisany do rejestru przedsiębiorców pod nr KRS ...../ CEDIG

1. Propozycja ofertowa.

Lp.	Nazwa	Dawka / postać	Ilość	Jedn. miary	Cena jedn. netto (zł)	Wartość netto (zł)	VAT (%)	Wartość VAT (zł)	Wartość brutto (zł)	Nazwa handlowa oferowanego leku	Dawka / postać oferowanego leku	Wielkość opakowań jednostkowych
1.	Argadopin	100 mg x 100 tabl.	20	op.								
2.	Biofibrat 267	267 mg x 30 kaps.	20	op.								
3.	Poltram 50	50 mg x 20 kaps.	20	op.								
4.	Tiaprid PMCS	100 mg x 20 tabl.	200	op.								
5.	Trifas Cor 5	5 mg x 30 tabl.	100	op.								
6.	Atorvastatin Bluefish AB	20 mg x 30 tabl.	20	op.								
7.	Pregabalin Zentiva	75 mg x 56 kaps.	40	op.								

.....  
*pieczęćka i podpis Dostawcy*  
*lub upetnomocnionego przedstawiciela (li) Dostawcy*

**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 10/DEG/AC/2020**  
na dostawę leków dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

Lp.	Nazwa	Dawka / postać	Ilość	Jedn. miary	Cena jedn. netto (zł)	Wartość netto (zł)	VAT (%)	Wartość VAT (zł)	Wartość brutto (zł)	Nazwa handlowa oferowanego leku	Dawka / postać oferowanego leku	Wielkość opakowań jednostkowych
8.	Paracetamol Kabi x 10 fiolek	1g/100ml x 10 fiolek	5	op.								
9.	Levoxa	500 mg x 10 tabl.	10	op.								
10.	Neurotop Retard	300 mg x 50 tabl.	50	op.								
11.	Atrovent N aeroszol	0,02 mg w dawce (200 dawek=10 ml)	40	op.								
12.	Argosulfan krem	20mg/g x 40g	20	op.								
13.	Lorinden A maść	maść 15 g	10	op.								
<b>RAZEM:</b>												

**W przypadku braku leku Zamawiający wyraża zgodę na dostarczenie zamienników z wcześniejszym porozumieniem, w momencie zamawiania towaru.**

2. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ..... dni od daty dostarczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych.  
/wymagane jest min. 14 dni, max. 30 dni/

3. Inne .....

..... dn. ....

.....  
pieczętka i podpis Dostawcy  
lub upetnomocnionego przedstawiciela (li) Dostawcy