

DPS.DAE.261.3.2023

ZAPYTANIE CENOWO-OFFERTOWE

1. **Zamawiający : Dom Pomocy Społecznej w Skwierzynie zaprasza do złożenia oferty.**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa do siedziby Zamawiającego leków oraz innych produktów leczniczych i opatrunkowych – na podstawie recept wystawionych przez lekarza lub zamówień Zamawiającego:

1.1. Zakres zamówienia obejmuje sukcesywne dostawy leków transportem Wykonawcy i na jego koszt.

1.2. Dostawy realizowane będą w razie potrzeby. Wykonawca dostarczy leki podpisane na opakowaniu nazwiskiem i imieniem pacjenta. Realizacja dostaw uzgodniona będzie osobiście lub telefonicznie w zależności od potrzeb. Leki pełnopłatne wyszczególnione i niewyszczególnione w zapytaniu cenowo ofertowym będą oferowane w cenie konkurencyjnej.

1.3. Przewidywane ilości dostaw w okresie trwania umowy wyszczególnione zostały w formularzu stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania cenowo – ofertowego

1.4. Ceny leków wg załączonej oferty, stanowiącej załącznik nr 1 do zapytania cenowo – ofertowego będą integralną częścią umowy. **Oferent nie przewiduje zmian cen w okresie trwania umowy, z wyjątkiem zmiany zasad refundacji.**

1.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo, że ilości dostarczanych leków mogą ulec zmniejszeniu w trakcie umowy, w zależności od bieżących potrzeb.

1.6. Wzór umowy – załącznik nr 2 winien być parafowany własnoręcznie lub przez osobę upoważnioną do reprezentowania firmy na zewnątrz i dołączony do wypełnionego formularza ofertowego.

2. **Termin realizacji zamówienia: od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.**

3. Okres gwarancji: **nie dotyczy**

4. Miejsce i termin złożenia oferty: Ofertę należy złożyć w **zamkniętej kopercie** do dnia

17.11.2023 do godz. **10:00** w formie pisemnej na adres: Dom Pomocy Społecznej w

Skwierzynie, ul. Przemysłowa 42, 66-440 Skwierzyna, sekretariat; z dopiskiem:

**„Dostawa leków oraz innych produktów leczniczych i opatrunkowych dla
Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Skwierzynie w 2024 r.
Nie otwierać przed terminem otwarcia: 17.11.2023 r. godz. 10:15**

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

5. Termin otwarcia ofert: 17.11.2023 r., godz. 10:15

6. Warunki płatności: należność płatna przelewem na konto Wykonawcy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania faktury VAT. Wykonawca wystawia faktury imienne do 25 dnia każdego miesiąca.

6.1 W treści faktury należy uwzględnić:

- kwotę do zapłaty przez Dom Pomocy Społecznej w Skwierzynie,
- kwotę do zapłaty przez mieszkańca, zgodnie z przepisami Ustawy o Pomocy Społecznej z 12 marca 2004 r. /Dz.U. Z 2019 r.,1507/,
- w przypadku, gdy za leki płaci DPS informację, że cena leku nie przekracza limitu ceny, o której mowa w art. 58, ust. 3 ustawy o pomocy społecznej.

Do faktur należy dołączyć zestawienie z wyliczoną należnością do zapłaty przez Dom Pomocy Społecznej.

7. Kryteria stosowane przy wyborze najkorzystniejszej oferty: **100% ryczałtowa cena brutto podana za realizację całego przedmiotu zamówienia.**

8. **Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami:** Katarzyna Wańska, tel. 504225816.

9. **Sposób przygotowania oferty:**

9.1. Zamawiający wymaga wypełnienia formularza /zał. nr 1/ – Zestawienie rodzajowo – ilościowe leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Skwierzynie.

9.2. Każdy z Wykonawców może złożyć tylko jedna ofertę. Oferta musi być sporządzona w formie pisemnej, czytelnie w sposób trwały oraz podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania firmy.

9.3. Wszelkie poprawki muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę lub jej przedstawiciela /potwierdzenie przedstawicielstwa dołączone na piśmie/.

9.4. Jeżeli ilość leku (produktu farmaceutycznego) w opakowaniu proponowanym przez Wykonawcę będzie inna niż ilość leku zamawianego, Wykonawca koryguje w formularzu ofertowym w taki sposób, aby zgadzała się końcowa ilość leku zamówionego, tzn. Wykonawca oferuje taką samą ilość jednostek (np. tabletek, ampułek) środka farmaceutycznego, jaką zażądał Zamawiający.

9.5. Zamawiający nie dopuszcza umieszczania w zał nr 1 leków synonimowych.

9.6. W sytuacji, kiedy zaprzestano produkcji danego leku lub lek został wycofany z obrotu należy w formularzu ofertowym podać informację, że dany preparat nie jest produkowany i nie ma zamienników oraz go nie wyceniać.

10. Treść oferty:

10.1. Nazwa wykonawcy:

10.2. Adres wykonawcy:

10.3. NIP:

10.4. Regon:

10.5. Nr rachunku bankowego: :

10.6. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za ryczałtową:

Cenę nettozł

słownie..... złotych

Podatek VAT:zł

słownie:..... złotych

Cenę brutto:zł

słownie:.....złotych

10.7. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

10.8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania przedmiotowej działalności/czynności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Ponadto: Na każde żądanie Zamawiającego dostarczymy niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartej w oświadczeniu.

10.9. Termin realizacji zamówienia: od dnia 01.01.2024 r.

10.10. Okres gwarancji: nie dotyczy.

10.11. Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia 31.12.2024 r.

10.12. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowo-ofertowym.

Załączniki:

Załącznik nr 1 -Zestawienie rodzajowo – ilościowe leków dla Mieszkańców DPS w Skwierzynie.

Załącznik nr 2 - Wzór umowy /podpisany i parafowany na każdej stronie/.

.....dnia.....

.....
/podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej
pieczęć wykonawcy/