Załącznik nr 3 a

do §5 pkt. 1.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 30 000 euro netto

**ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA**

Procedura udzielenia zamówienia publicznego poniżej kwoty 30.000 euro netto

zgodnie z art. 4 pkt 8 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych

1. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Dział ………………………………….

ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze

tel./fax. ……………………………….

1. Nazwa przedmiotu zamówienia

***ETYKIETY SAMOPRZYLEPNE***

1. Wymagania związane z wykonaniem:

Zgodnie z załącznikiem – załącznik nr 1

1. Oferta.

Ofertę należy złożyć na **Formularzu Oferty** (załącznik nr 1) w formie pisemnej w terminie do dnia **16/07/2019 r do godz. 9:00** w siedzibie Zamawiającego, tj. w budynku medyczno-administracyjnym „B” Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, mieszczącego się przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, w Dziale Zaopatrzenia, Gospodarki Magazynowej i Transportu (pokój nr 2B3). lub drogą elektroniczną mailem na adres mailowy s.jankowska@sccs.pl (skany) lub faxem na nr 32/278-43-35 **Formularz oferty** musi być wypełniony, podpisany i opieczętowany (pieczątką firmową i imienną) przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy.

* 1. Do oferty należy załączyć:
		+ aktualny odpis z właściwego rejestrualbo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej
		+ zaakceptowane Istotne Warunki Zamówienia
		+ na wezwanie Zmawiającego próbki przedmiotu zamówienia
	2. Kryterium wyboru oferty: 100% cena/inne …………………..\* (niepotrzebne skreślić)
1. Tryb postępowania:

1. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o przyjęciu lub nieprzyjęciu oferty w terminie do 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert – zamieszczając wynik postępowania na stronie internetowej szpitala.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany terminu składania ofert lub zmiany warunków zamówienia.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo zakończenia postępowania bez wybrania żadnej ze złożonych ofert.
3. W razie nieprzyjęcia oferty Wykonawcy nie przysługują jakiekolwiek roszczenia w stosunku do Zamawiającego.

Zatwierdzam:

……………………………………

 (podpis Kierownika Zamawiającego)

Pieczęć Wykonawcy

Załącznik nr 3 b

do §5 pkt. 1.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 30 000 euro netto

**FORMULARZ OFERTY**

Część B (wypełnia Wykonawca)

I. Nazwa i adres WYKONAWCY:

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

nr telefonu ……………………………………………………….

NIP : ……………………………………………………………..

1. Nazwa przedmiotu zamówienia:

***ETYKIETY SAMOPRZYLEPNE***

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:
* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**
1. Deklaruję ponadto:
	1. Termin płatności: (min 30 dni) ……..…….dni
	2. Okres gwarancji: ……………………..(min. 24 m-cy)
	3. Termin wykonania zamówienia od Lipca 2019 r do Lipca 2021 r
2. Oświadczam, że:

- akceptujemy projekt umowy\*/ istotne postanowienia umowy\* (*\*niepotrzebne skreślić)*

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,

- w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w Formularzu Oferty, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

- termin związania z ofertą wynosi 30 dni

5. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

…………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………

Data…………………………….. ………………………………

 Podpis i pieczątka Wykonawcy

SCCS/06/2019

**PAKIET I**

***DOSTAWA ETYKIETY SAMOPRZYLEPNE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | NR KAT  | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | Stawka VAT | Wartość netto | Wartość brutto |  |  |  |  |  |  | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Etykieta samoprzylepna kolorowa |   | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  | 2.500 |  |  |  |
| 2 | Etykieta samoprzylepna czarno biała |  | Szt. | 1.000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Etykieta samoprzylepna materiał biologiczny |  | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Etykieta samoprzylepna bielizna zakaźna |  | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Etykieta samoprzylepna problem od 1 do 15 |  | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Etykieta samoprzylepna dla Pracowni Serologii |  | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

***Opis przedmiotu zamówienia***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * etykiety czarnobiałe, 50 x 100 (5cm x 10cm), papier termiczny półmat
 |  |  |
| * dobrej jakości, aby nadruk nie wypłowiał, nie wyblakł oraz aby nadruk się nie rozmazywał
 |
| * klej standardowy, druk na papierze samoprzylepnym, etykiety (procesy pielęgniarskie) na rolce.
 |
| * wzory w załączeniu
* zamawiający zastrzega możliwość zmiany treści przedmiotowych etykiet
 |  |  |  |  |

* oryginalne wzory zostaną przekazane Wykonawcy po podpisaniu umowy

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

………………………………………… podpis osoby upoważnionej

***PAKIET I POZYCJA 1***

 **MATERIAŁ ZAKAŹNY DLA LUDZI**

* **kod odpadu:** □ 18 01 02\*  □ 18 01 03\*
* **Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze,**
* **REGON:** 001071806
* **Numer księgi rejestrowej:** 000000018591 prowadzonej przez Wojewodę Śląskiego
* **Nazwa komórki organizacyjnej:**………………………………………………………………..……….
* **Data i godzina otwarcia:** \_ \_ /\_ \_ /20 \_ \_; godz: \_ \_ : \_ \_
* **Data i godzina zamknięcia**: \_ \_ /\_ \_ /20 \_ \_; godz: \_ \_ : \_ \_
* **Inicjały osoby dokonującej zamknięcia:**\_\_\_\_

***PAKIET I POZYCJA 2***

* **kod odpadu:** □ 15 01 06   □18 01 04 □18 01 09 □ 18 01 06\*   □18 01 08\*

□ 20 03 01

* **Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze,**
* **REGON:** 001071806
* **Numer księgi rejestrowej:** 000000018591 prowadzonej przez Wojewodę Śląskiego
* **Nazwa komórki rganizacyjnej:**……………………………………………………
* **Data i godzina otwarcia:** \_ \_ /\_ \_ /20 \_ \_; godz: \_ \_ : \_ \_
* **Data i godzina zamknięcia**: \_ \_ /\_ \_ /20 \_ \_; godz: \_ \_ : \_ \_
* **Inicjały osoby dokonującej zamknięcia:** \_\_\_\_

***PAKIET I POZYCJA 3***

 MATERIAŁ

 BIOLOGICZNY

**Etykiety – bielizna zakaźna:**

**Śląskie Centrum Chorób Serca**

**41- 800 Zabrze ul. M. Curie-Skłodowskiej 9**

BIELIZNA ZAKAŹNA ZAKAŻENIE

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

KONIECZNA DEZYNFEKCJA PRZED

PROCESEM PRANIA

 **Data zamknięcia …………………………**

***PAKIET I POZYCJA 4***

Etykiety – bielizna zakaźna:

 BIELIZNA

 ZAKAŹNA

***PAKIET I POZYCJA 5***

|  |
| --- |
| **PROBLEM:****Zaburzenia w funkcjonowaniu ukł. mocz**.1. Zaburzone wydalanie moczu2. Zaburzona równowaga wodno-elektrolitowa3. Przewodnienie org.4. 0dwodnienie org.5. Terapia nerkozastępcza**CEL**1. Wczesne rozpoznanie zaburzeń ukł. mocz.
2. Zapobieganie zaburz. wodno-elektrolitowym.
3. Wczesne wykrycie NN
4. Utrzymanie drożności dróg mocz.

**REALIZACJA:**1. Kontrola parametrów życiowych
2. Ocena bilansu płynów
3. Kontrola obrzęków obwodowych
4. Kontrola wagi chorego
5. DZM
6. Właściwa dieta
7. Toaleta ok. krocza
8. Farmakoterapia i kontrola badań wg. zleceń lek.

9.Założenie cewnika do pęcherza10.Asystowanie przy założeniu  wkł. do terapii nerkozastępczej 11 Edukacja chorego12.Dokumentacja postępowania**OCENA**  Cel osiągnięty:1. Całkowicie
2. Częściowo
3. Wymaga kontynuacji

1 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM:**  1. Zaburzona wymiana gazowa
2. Duszność
3. Suchy, nieproduktywny kaszel
4. Trudności w odksztuszaniu
5. Zaleganie wydzieliny w dr. oddech.
6. Zagrożenie życia z powodu NO

**CEL**1. Zapewnienie prawidłowej wymiany gazowej
2. Poprawa wentylacji
3. Efektywne odksztuszanie
4. Utrzymanie drożności dróg oddech.
5. Zapobieganie powikłaniom niedotlenienia

**REALIZACJA:**1. Najwygodniejsza pozycja(wysoka, półwysoka)
2. Monitorowanie parametrów życiowych
3. Odpowiedni mikroklimat
4. Tlenoterapia bierna
5. Edukacja w zakresie kaszlu i odksztuszania
6. Rehabilitacja oddechowa
7. Inhalacje
8. Założenie dostępu naczyniowego
9. Farmakoterapia na zlecenie lek.

10. Udrożnienie dróg oddechowych.11. Ocena stanu świadomości12. Zastosowanie wentylacji mechanicznej13. Dokumentacja działań14. ……………………………………………**OCENA**  Cel osiągnięty:1. Całkowicie
2. Częściowo
3. Wymaga kontynuacji

2 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1.Ryzyko rozwoju odleżyn2.Odleżyna**CEL**1.Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn2.Zapobieganie rozwojowi i zmniejszenie odleżyny**REALIZACJA**1.Ocena ryzyka odleżyn wg. skali 2. Zastosowanie materaca p/odleżynowego3. Zastosowanie innych udogodnień4. Zmiana pozycji ciała 5. Odpowiednia pielęgnacja skóry6. Właściwe odżywianie 7. Ocena odleżyny wg. obowiązującej skali 8. Zastosowanie odpowiedniego opatrunku9. Prowadzenie dokumentacji10………………………………..**OCENA****Cel osiągnięty:**1.Całkowicie2.Częściowo3.Wymaga kontynuacji 3 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1.Hiperglikemia2.Hipoglikemia **CEL**1.Utrzymanie poziomu glikemii w granicach normy2.Zapobieganie powikłaniom**REALIZACJA**1. Kontrola glikemii2. Stosowanie odpwiedniej diety 3. Farmakoterapia wg. zleceń lek.4. Obserwacja chorego5. Kontrola świadomości 6. Kontrola parametrów życiowych 7. Edukacja chorego8. Prowadzenie dokumentacji9. ………………………………….**OCENA** **Cel osiągnięty:**1.Całkowicie2.Częściowo 3.Wymaga kontynuacji4 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM** **Zakażenie związane z**:1. Raną2. Założonym wkłuciem3. Założonym cewnikiem w pęcherzu moczowym4. Odleżyną5. Dodatnim posiewem………..6………………………………**CEL**1. Zmniejszenie ryzyka zakażenia2. Zapobieganie rozwojowi zakażenia 3. Zapobieganie powikłaniom zakażeniaREALIZACJA1. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki2. Utrzymanie drożności wkłuć3. Ocena miejsca zakażenia4. Monitorowanie parametrów życiowych5. Instruktaż pacjentów i odwiedzających dot. zapobieganiu zakażeniom6. Zastosowanie odpowiedniej izolacji7. Postępowanie zg. z procedurą dotyczącą  izolacji. 7. Farmakoterapia i kontrola badań wg.zleceń lek.8. Prowadzenie dokumentacji 9. ……………………………………………………OCENA Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 5 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1. Gorączka2. Obniżona temp. ciała**CEL**1. Obniżenie temp. ciała2. Utrzymanie normotermii3. Identyfikacja czynników ryzyka (zakażenie, temp.otoczenia,…………)REALIZACJA1. Zastosowanie metod fizycznych2. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej 4. Toaleta ciała5. Uzupełnianie płynów.6. Kontrola bilansu wodnego7. Kontrola temp. ciała i parametrów życiowych8. Ocena stanu świadomości9. Farmakoterapia i kontrola badań wg.zleceń lek.10. Prowadzenie dokumentacji.11. ……………………………………..**OCENA Cel osiągnięty:**1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji6 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM****Lęk i niepokój spowodowany:**1. Hospitalizacją2. Stanem zdrowia3. Długotrwałym leczeniem4. Oczekiwaniem na wyniki5. Planowanym zabiegiem (badaniem)6. Brakiem wiedzy na temat choroby7. Lękiem przed śmiercią8. Rozłąką z rodziną**CEL**1.Zminimalizowanie napięcia emocjonalnego 2.Likwidacja niepokoju3.Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa**REALIZACJA**1.Zapoznanie z topografią i zwyczajami oddz2. Pomoc w adaptacji do warunków szpital.3. Zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa i poczucia godności4. Pomoc w akceptacji socjalno-bytowej 5. Zapewnienie intymności6. Ułatwienie kontaktu z najbliższymi7. Edukacja chorego8. Opieka psychologiczna9. Organizacja czasu wolnego10.Zastosowanie farmakoterapii na zlec. lek.  OCENA Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji7 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM Unieruchomienie:** I. Częściowe II. Całkowite z powodu:1. Inwazyjnych zabiegów hemodynamicznych 2. Zabiegu operacyjnego. 3. Urządzeń wspomagających układ krążenia4. Urządzeń wspomagających układ oddechowy5. Drenażu, 6. Sztucznej nerki7. Innych zabiegów……………**CEL**1. Zapobieganie skutkom unieruchomienia2. Zapobieganie powikłaniom zakrzepowym i zatorowym 3. Poprawa samopoczucia chorego**REALIZACJA**1. Kontrola rany i jej zaopatrzenie 2. Kontrola miejsca nakłucia/założenia kaniuli3. Obserwacja chorego w kierunku odmy 4. Edukacja o sposobie zachowania i poruszania5. Zmiana opatrunku w razie potrzeby6. Realizacja potrzeb chorego w zakresie higieny, żywienia i wydalania7. Zapewnienie intymności w trakcie wykonywania czynności8. Zapewnienie kontaktu z najbliższymi9. Pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów 10. Organizacja czasu wolnego11. Farmakoterapia i kontrola badań wg. zleceń lekarskich 12. Dokumentowanie wykonanych czynności**OCENA Cel osiągnięty**:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 8 |

|  |
| --- |
| PROBLEMStan zagrożenia życia z powodu:1. Zawału mięśnia sercowego2. Niestabilnej choroby wieńcowej 3. Obrzęku płuc, 4. Wstrząsu □ hipowolemicznego □ dseptycznego □ kardiogennego5. Tamponady osierdzia6. Ciężkich zaburzeń oddechowych7. Ciężkiej, zdekompensowanej NS8. Próby ICD/BIV, kardiowersji9. Zaburzeń rytmu serca 10. Zabiegu kardiochirurgicznego11. Inwazyjnego leczenia hemodynamicznego12. Niewłaściwie działających (lub eksplantowanych)  urządzeń stymulujących/defibrylujących13. Zator płucny14. Udar mózgu 15. Odrzucanie przeszczepionego narządu16………………………………..CEL1. Wczesne rozpoznanie stanu zagrożenia życia2. Właściwa i szybka interwencja3. Zapobieganie powikłaniomREALIZACJA1. Monitorowanie parametrów życiowych2. Zabezpieczenie dostępu naczyniowego3. Kontrola bilansu płynowego4. Utrzymanie drożności dróg oddechowych 5. Ocena stanu świadomości 6. Zapewnienia bezpieczeństwa i poczucia godności7. Edukacja chorego 8. Przygotowanie do zabiegu………………9. Farmakoterapia i kontrola badań wg. zleceń lekarskich 10. Podjęcie czynności resuscytacyjnych 11. Dokumentowanie wykonanych czynnościOCENA Cel osiągnięty:1. całkowicie2. częściowo3. wymaga kontynuacji9 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1. Powikłania zatorowo-zakrzepowe2. Niedokrwienie kończyny………..3. Przykurcze mięśni4. Zaniki mięśniowe5. Zniekształcenia stawów6. Opadanie stopy……7. ……………………….**CEL**1. Zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym2. Zapobieganie niedokrwieniu kończyny3. Zapobieganie powikłaniom unieruchomienia**REALIZACJA**1. Kontrola parametrów życiowych2. Drenaż ułożeniowy3 .Rehabilitacja bierna i czynna4. Stosowanie udogodnień5. Stosowanie mankietów p/zakrzepowych6. Pończochy p/żylakowe7. Zmiana pozycji ciała8. Masaż9. Prawidlowe układanie chor. nieprzytomnego10. Edukacja chorego przytomnego11. Farmakoterapia i kontrola badań wg. zleceń lekarskich12. Dokumentowanie wykonanych czynności**OCENA** Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji10 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM** **BOL……………………………………..**CEL1.Zminimalizowanie lub wyeliminowanie bólu2.Poprawa samopoczucia chorego3.Zapewnienienie komfortuREALIZACJA1. Ocena lokalizacji i charakteru bólu2. Ocena nasilenia bólu 3. Ocena pozawerbalnych oznak bólu4. Optymalna pozycja5. Zastosowanie udogodnień6. Edukacja chorego7. Kontrola parametrów życiowych8. Terapia zastępcza9. Pomoc w zaspakajaniu potrzeb10.Ćwiczenia relaksacyjne11.Farmakoterapia i kontrola badań wg. zleceń lekarskich12.Dokumentowanie wykonanych czynności**OCENA Cel osiągnięty**:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji11 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**:1.Konieczność prowadzenia wentylacji mechanicznej2. Ryzyko powikłań w związku z  □ ⁭rurką intub. lub □ ⁭tracheotomijną3. Trudność odłączenia od respiratora**CEL**1. Poprawa wentylacji płuc2. Efektywna wymiana gazowa3. Profilaktyka powikłań4. Utrzymanie drożności dróg oddechowych**REALIZACJA:**1. Ocena skuteczności wentylacji mech. 2. Ocena reakcji chorego  □ spokój □ kaszel □ krztuszenie3. Toaleta jamy ustnej i nosowo-gardłowej4. Odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego5. Kontrola wypełnienia mankietu  uszczelniającego rurki ustabilizowanie na właściwym miejscu 6. Obserwacja pod kątem rozwoju powikłań7. Prowadzenie okresowej tlenoterapii8. Kontrola parametrów życiowych.9. Kontrola parametrów na respiratorze10. Zapewnienie kontaktu z chorym11. Farmakoterapia i kontrola badan wg. zleceń lek.12.Prowadzenie dokumentacji.**OCENA** Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 12 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1.Objawy dyspeptyczne(□ nudności,□ wymioty,  □ zgaga,□ ulewania □kolka)2.Biegunka3.Zaparcia4.Zmiany w j. ustnej i trudności w połykaniu5.Brak apetytu6.Krwawienie z przewodu pokarmowego**CEL**1.Przywrócenie prawidłowego funkcjonowania  układu pokarmowego2.Zapobieganie powikłaniom**REALIZACJA**1.Ustalenie przyczyny wystąpienia dolegliwości2.Obserwacja pacjenta i obecność przy chorym 3.Kontrola parametrów4.Prowadzenie bilansu płynowego5.Zgłębnikowanie żołądka6.Dobór diety i drogi podaży7.Dbanie o regularne wypróżnianie8.Toaleta pacjenta z zachowaniem zasad intymności9. Realizacja zleceń lekarskich 10. Prowadzenie dokumentacji**OCENA Cel osiągnięty**:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 13 |

|  |
| --- |
| PROBLEM**Zaburzenia w funkcjonowaniu ukł. nerwowego**1.Pobudzenie psychoruchowe pacjenta2.Brak kontaktu logicznego z pacjentem3.Apatia chorego4.Zaburzenia snu5.DrgawkiCEL1. Zapewnienie bezpieczeństwa choremu
2. Poprawa samopoczucia
3. Uspokojenie pacjenta
4. Zapobieganie powikłaniom

**REALIZACJA**1. Zabezpieczenie wkłuć i innego sprzętu medycz.
2. Usytuowanie chorego w polu widzenia
3. Włączenie rodziny do opieki nad chorym
4. Nawiązanie kontaktu z pacjentem
5. Bezpieczne otoczenie
6. Pytanie o potrzeby fizjologiczne chorego
7. Informowanie o obecnej sytuacji
8. Obserwacja pacjenta i obecność przy chorym
9. Kontrola parametrów

10.Ograniczenie dopływu negatywnych  bodźców z zewnątrz11.Kontakt z psychologiem/ psychiatrą12.Realizacja zleceń lekarskich13.Zastosowanie przymusu bezpośredniego  wg. ustalonej procedury14.Prowadzenie dokumentacjiOCENA Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 14 |

|  |
| --- |
| **PROBLEM**1. …………………………………….2 ……………………………………..3………………………………………**CEL**1…………………………………….2…………………………………….3. ……………………………………**REALIZACJA**1…………………………………….2…………………………………….3…………………………………….4…………………………………….5……………………………………6…………………………………….7……………………………………8……………………………………9……………………………………**OCENA**  Cel osiągnięty:1. Całkowicie2. Częściowo3. Wymaga kontynuacji 15 |

***PAKIET I POZYCJA 6***



**75/2018 ZM**

**PROJEKT UMOWA NR / /EZ/2018**

Umowa zawarta w dniu ***…………………..*** w Zabrzu na dostawę ***etykiet samoprzylepnych***

***ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU***

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą: 41-800 Zabrze, ul. M. C. Skłodowskiej 9, zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym w Gliwicach Wydział X Gospodarczy KRS pod nr 0000048349, NIP 6482302807

zwanym dalej „Zamawiającym”

reprezentowanym przez:

1.Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych Bożena Duda

a

Zwanym dalej „Wykonawcą” w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty - została zawarta umowa o następującej treści:

 § 1

1.Wykonawca zobowiązany jest do dostawy ***etykiet samoprzylepnych*** według formularza cenowego załącznik nr 1 do umowy.

2.Okres obowiązywania umowy od Lipca 2019 r do Lipca 2021 r. z możliwością jednostronnego zmniejszenia wartości przedmiotu umowy przez Zamawiającego lub przedłużenia czasu trwania umowy, w momencie kiedy nie zostanie wyczerpany przedmiot zamówienia, a pozostałe warunki umowy pozostaną bez zmian.

3.Zamawiający nabywa przedmiot zamówienia od Wykonawcy w asortymencie dopuszczonym do obrotu.

 § 2

1.Dostawa ***etykiet samoprzylepnych*** w ilości i asortymencie podanym w załączniku do umowy.

2.Strony ustalają, że miejscem odbioru ***etykiet samoprzylepnych*** jest magazyn Zamawiającego.

3.Towar dostarczony będzie w uzgodnionych opakowaniach, które powinny mieć oznaczenia fabryczne tzn. nazwę wyrobu, nazwę i adres producenta, datę ważności i numer katalogowy, numer LOT

4.Przyjęcie towaru musi być poprzedzone sprawdzeniem ilościowo – asortymentowym towaru, którego dokona Pracownik Magazynu.

 5.Dostawa ***etykiet samoprzylepnych*** nastąpiwłasnym transportem na koszt i ryzyko Wykonawcy.

6.Realizacja zamówienia odbywać się będzie na każdorazowe zamówienie ze strony Zamawiającego w terminie ……….max 7 dni od momentu wysłania zamówienia drogą faksową lub emailem.

 § 3

Wartość umowy netto i brutto – zawiera należny podatek VAT wynosi;

***Pakiet nr I***

Netto ………………… PLN

Brutto ………………… PLN

Słownie; ……………………………………….

Cena przedmiotu umowy obejmuje;

1. koszty sprzedaży z uwzględnieniem wymaganych podatków, opłat i należności celnych (cło w przypadku sprowadzenia przedmiotu zamówienia z krajów spoza Unii Europejskiej)
2. koszty uzyskania wymaganych przepisami powszechnie obowiązujących certyfikatów, zezwoleń, licencji, atestów i innych dokumentów niezbędnych do obrotu przedmiotem umowy.
3. faktura musi zawierać następujące elementy; numer serii, data ważności numer katalogowy,
4. jeżeli faktura nie będzie zawierała, numerów serii, daty ważności czy też numeru katalogowego zamawiający ma prawo wstrzymać się z zapłatą należności objętej fakturą do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury,

§ 4

Zapłata za otrzymane ***etykiet samoprzylepnych*** nastąpi na podstawie faktury VAT poleceniem przelewu na konto dostawcy w ciągu ………. dni od daty otrzymania faktury.

§ 5

Reklamacje jakościowe i ilościowe są wnoszone do Wykonawcy;

1. Niezwłocznie po dostawie w przypadku widocznych wad i braków z zaznaczeniem uwag Zamawiającego na liście przewozowym
2. Niezwłocznie po dostawie w przypadku wad widocznych po otwarciu opakowania Zamawiający zawiadamia Wykonawcę

 § 6

Wykonawca zapłaci kupującemu karę umowną:

1. za opóźnienie w wykonaniu dostawy 20,00 złoty brutto za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu przedmiotu umowy.

2. za odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z winy Wykonawcy 10 % wartości umowy brutto.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

4. Do końca obowiązywania umowy Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w części lub w całości w przypadku nienależytego wykonania umowy.

5. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć 20 % wartości umowy brutto.

§ 7

1. Zmiany bądź uzupełnienia niniejszej umowy mogą wystąpić jedynie w formie pisemnej.
2. W przypadku gdy z przyczyn niezawinionych przez Dostawcę nie jest możliwe dostarczenie produktu stanowiącego przedmiot umowy ( wg nazwy handlowej ) Dostawca jest zobowiązany poinformować Zamawiającego o tym fakcie i wyjaśnić w/w niemożliwość. Zamawiający ma prawo oceny wyjaśnienia dostawcy i stosownie do tej oceny może zażądać bądź dostarczenia przedmiotu umowy bądź dostarczenia preparatu posiadającego takie same jak przedmiot umowy parametry techniczne.
3. W przypadku gdy z przyczyn niezawinionych przez Dostawcę nie jest możliwe dostarczenie produktu w opakowaniu zaoferowanym przez Dostawcę, Dostawca jest zobowiązany poinformować Zamawiającego o tym fakcie i wyjaśnić w/w niemożliwość. Zamawiający ma prawo oceny wyjaśnienia dostawcy i stosownie do tej oceny może zażądać bądź dostarczenia przedmiotu umowy w zaoferowanym opakowaniu bądź dostarczenia przedmiotu umowy w innym dostępnym na rynku opakowaniu.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość obniżenia ceny przedmiotu umowy  dokonanej przez producenta lub dystrybutora.

§ 8

Zmiany w umowie mogą nastąpić w formie pisemnej w ramach unormowań Kodeksu Cywilnego.

 § 9

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 10

Wszelkie sprawy sporne wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w Sądzie Powszechnym właściwym dla siedziby Zamawiającego.

 § 11

Zamawiający zabrania bez jego pisemnej zgody na przekazanie komukolwiek swoich zobowiązań płatniczych w stosunku do Wykonawcy dotyczy należności głównych jak i odsetek.

 § 12

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY