

U M O W A nr DZPZ/ 333/ 11PN/ 2017- (projekt)

Zawarta w dniur. w ramach przeprowadzonego postępowania przetargowego w trybie przetargu nieograniczonego, pomiędzy firmą, NIP:....., REGON:....., KRS:....., zwanym w treści umowy „Wykonawcą”, reprezentowanym przez:

.....

a

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, ul. Żołnierska 18, NIP: 739-29-55-794, REGON: 000293976 KRS: 0000000449 zwanym w treści umowy „Zamawiającym”, który reprezentuje:

Dyrektor - Irena Kierzkowska

§ 1.

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać – sukcesywnie wg potrzeb Zamawiającego, na pisemne zamówienie zatwierdzone przez Kierownika Apteki Zamawiającego lub upoważnionego pracownika Apteki – w terminie od dniar. do dnia 13 czerwca 2018 r. asortyment w zakresie części nr, zgodnie z załącznikiem nr 1
2. Przedmiotem umowy jest także transport produktów do żywienia domowego dojelitowego i pozajelitowego do pacjentów Zamawiającego z terenu województw: Warmińsko – Mazurskiego, Podlaskiego, Pomorskiego i Kujawsko – Pomorskiego.
3. **Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta Wykonawcy.**
4. Zamówienia złożone w ostatnim dniu obowiązywania umowy podlegają wykonaniu. Transport zamówionych części zostanie wykonany także po upływie terminu określonego w ust. 1.

§ 2.

1. Wykonawca pogrupuje zamówiony towar w pakiety przeznaczone dla poszczególnych pacjentów.
2. Szczegółową zawartości pakietu, Zamawiający podawać będzie pisemnie Wykonawcy w zamówieniu – na Karcie Dostaw . Zamówienie zostanie przekazane pocztą elektroniczną na adres:..... lub faksem na nr
3. Kartę Dostaw (załącznik nr 2 i 3 do umowy) sporządza personel Poradni Żywienia Poza i Dojelitowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, wg wzorów zgodnych z zarządzeniem nr 88/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. Po stronie Zamawiającego leży obowiązek aktualizacji wzoru w przypadku jego zmiany. W zamówieniu Zamawiający poda Wykonawcy telefon kontaktowy pacjenta oraz dane niezbędne do transportu produktów do żywienia domowego, tj.: imię i nazwisko pacjenta, adres zamieszkania, PESEL.
4. Wykonawca dostarczy pakiet loco Magazyn Apteki Zamawiającego w Olsztynie, ul. Żołnierska 16A, w terminie dni roboczych od przekazania zamówienia. Dostawa nastąpi w godzinach pracy Apteki (poniedziałek – piątek, godz. 7.00 – 14.00, z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy).
5. Zamawiający sprawdzi zgodności zawartości pakietu z zamówieniem, a następnie zgłosi pakiet Wykonawcy do transportu. Zgłoszenie pakietu do transportu nastąpi w dni pracy Apteki (poniedziałek – piątek, z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy), do godz. 14, faksem na nr lub pocztą elektroniczną na adres:..... . W zgłoszeniu Zamawiający poda imię i nazwisko oraz adres pacjenta.

6. Wykonawca odbierze pakiet od Zamawiającego w następnym dniu roboczym po zgłoszeniu o którym mowa w ust. 5, w godzinach pracy Apteki (poniedziałek – piątek, godz. 7.00 – 14.00, z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy) i w terminie 2 dni roboczych dostarczy pakiet do pacjenta pod wskazany adres. Do pakietu Zamawiający dołączy 2 egzemplarze karty dostaw. Osoba odbierająca pakiet z Apteki Zamawiającego potwierdzi odbiór na egzemplarzu karty dostaw pozostającym u Zamawiającego (trzeci egzemplarz).
7. W przypadku konieczności dostarczenia pacjentowi pakietu „na cito” Wykonawca dostarczy pakiet bezpośrednio do pacjenta, w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia. Zamówienia „na cito” będą składane w dni robocze, do godz. 14.00. Do pakietu wykonawca dołączy 2 egzemplarze Karty Dostaw.
8. W wyjątkowych przypadkach Wykonawca, **w cenie towaru**, jest zobowiązany, na żądanie Zamawiającego, do odbioru towaru i dostarczenia go do Zamawiającego.
9. Wykonawca oświadcza, że posiada system zabezpieczeń chroniący przed przekazywaniem przez swoich pracowników danych o stanie zdrowia pacjentów i ich danych personalnych, które objęte są tajemnicą Zamawiającego (tajemnicą szpitala) i podlegają ochronie na podstawie odrębnych ustaw.
10. Wykonawca zobowiązany jest do zarejestrowania się na Portalu Świadczeniodawców systemu informatycznego WOW NFZ (SZOI) i wprowadzenia do niego danych o zawartej umowie, niezwłocznie po jej podpisaniu.
11. Wykonawca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli Zamawiającego, jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej pomiędzy NFZ a Zamawiającym – treść umowy (wzór) dostępny na stronie internetowej NFZ.
12. Dostawy będą realizowane minimum 1 raz w miesiącu dla każdego pacjenta.
13. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy po stronie Wykonawcy jest , a po stronie Zamawiającego Krystyna Urbanowicz i Ewa Czech - Żbikowska.
14. W zakresie preparatów do żywienia dojelitowego termin ważności ma być nie krótszy niż połowa terminu ważności dla danego produktu. Dla pozostałego asortymentu objętego umową minimalny termin ważności powinien wynosić 12 miesięcy od daty dostawy pakietu do Apteki Zamawiającego.
15. Wykonawca oświadcza, że transport pakietów będzie wykonywany pojazdem (pojazdami) przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładunkową wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący, a pojazd (pojazdy) wykorzystywany do wykonania umowy będzie wydzielony jedynie do celów medycznych w pełnym zakresie czasu. Wykonawca na każde żądanie Zamawiającego przedstawi raport - wydruk z urządzenia monitorującego utrzymanie wymaganej temperatury w czasie transportu.
16. Wykonawca oświadcza, że dostarczenie pakietów do apteki Zamawiającego i do domu pacjenta nastąpi specjalnie do tego przeznaczonym transportem, w sposób i w warunkach zapewniających dostarczenie bez narażenia na zanieczyszczenia lub zmianę właściwości fizykochemicznych i farmakologicznych.

§ 3.

1. Wykonawca zawiadomi Pacjenta o terminie dostawy pakietu tak, aby wiadomość ta dotarła do niego najpóźniej w przeddzień dostarczenia pakietu, telefonicznie na numer telefonu podany w zamówieniu.
2. Wydanie pakietu pacjentowi zostanie potwierdzone czytelnym podpisem pacjenta albo członka rodziny albo opiekuna, na karcie dostaw, w dwóch egzemplarzach, w rubrykach „podpis pacjenta

(opiekuna)”, ze wskazaniem daty dostawy. Jeden egzemplarz karty dostawa pozostaje u Pacjenta, a drugi Wykonawca przekaże Zamawiającemu z fakturą.

3. Wykonawca odbierze od pacjenta, członka rodziny lub opiekuna potwierdzenie, że jest mu znany całodobowy telefon kontaktowy do ośrodka leczenia żywieniowego. Potwierdzenie nastąpi przez złożenia czytelnego podpisu w części nagłówkowej karty dostaw.
4. W przypadku niemożności dostarczenia pakietu z przyczyn leżących po stronie pacjenta Wykonawca niezwłocznie przekaże Zamawiającemu wyjaśnienie na piśmie (fax-em na nr 89 53 86 226, pocztą elektroniczną na adres: apteka@wss.olsztyn.pl), a pakiet pozostanie w dyspozycji Wykonawcy.

§ 4.

Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od realizacji części umowy.

§ 5.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do dokonania inwentaryzacji w domu Pacjenta, celem zweryfikowania prawidłowości dostaw. Inwentaryzacja zostanie dokonana przez upoważnionego pracownika Zamawiającego

§ 6.

W przypadku stwierdzenia niezgodności zawartości pakietu z zamówieniem lub wad towaru Zamawiający może wnieść reklamację w terminie do **14 dni** od dnia ujawnienia nieprawidłowości. Wykonawca w ciągu **7 dni** ustosunkuje się pisemnie do reklamacji. Brak odpowiedzi pisemnej w ciągu **7 dni** jest uważany za uznanie reklamacji. W przypadku uznania reklamacji Wykonawca zobowiązuje się niezwłocznie uzupełnić pakiet o brakujący towar lub dostarczyć towar wolny od wad.

§ 7.

Wykonawca umieści pakiet w opakowaniu odpowiadającym właściwościom towaru i środka transportu.

§ 8.

W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy strony zobowiązują się zapłacić kary umowne w następujących wypadkach i wysokościach:

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 3% wartości brutto pakietu (zamówienia jednostkowego) za każdy dzień opóźnienia w dostawie pakietu do Apteki Zamawiającego lub w dostawie do pacjenta, jednak w obu przypadkach łącznie nie więcej niż 15 % wartości brutto pakietu.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5 % wartości umownej brutto niewykonanego zamówienia w sytuacji gdy Zamawiającemu odstąpi od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Wykonawca.
3. Jeżeli wysokość zastrzeżonych kar umownych nie pokrywa poniesionej szkody, strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego.

§ 9.

1. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić za towar określony w § 1. łączną kwotę**PLN** /słownie: sześć milionów czterysta piętnaście tysięcy czterysta dziewięćdziesiąt trzy złote / **netto** tj.**PLN** (słownie:) **brutto** przelewem, w terminie **60 dni** od otrzymania od Wykonawcy oryginału faktury jednostkowej. Faktura zostanie wystawiona po dostarczeniu pakietu pacjentowi. Wykonawca przekaże fakturę Zamawiającemu wraz z egzemplarzem Karty Dostaw. W cenie towaru Wykonawca pogrupuje towar w pakiet i dostarczy pakiet do Apteki Zamawiającego oraz dostarczy pakiet pacjentowi. Nazewnictwo asortymentu na wystawianej fakturze musi być zgodne z nazewnictwem asortymentu określonym w umowie. Faktura zostanie

wystawiona odrębnie dla każdego pakietu z podaniem imienia, nazwiska i numeru PESEL pacjenta.

2. Ceny jednostkowe netto towaru określone w §1 ust. 1 oraz wartość umowy netto z ust. 1, nie ulegają zmianie. W przypadku zmiany podatku VAT, Wykonawca wystawi fakturę z uwzględnieniem stawki VAT obowiązującej w dniu wystawienia faktury.

§ 10.

Zapłata nastąpi w formie przelewu z konta:

Bank Gospodarstwa Krajowego O/Olsztyn 47 1130 1189 0025 0011 4920 0006 na konto wskazane na fakturze.

§ 11.

Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

§ 12.

Wierzytelność oraz ewentualne odsetki wynikające z niniejszej umowy, mogą być przeniesione przez Wykonawcę na osobę **trzecią jedynie w trybie przewidzianym w art. 54, ust. 5. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.**

§ 13.

1. Dopuszcza się zmianę niniejszej umowy poprzez obniżenie cen nabywanych produktów leczniczych w wypadku:
 - a. obniżenia urzędowej ceny zbytu nabywanego produktu leczniczego w przypadku nabywania od podmiotu innego niż przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne. Zmiana ceny obowiązuje od dnia obowiązywania nowej urzędowej ceny zbytu i nie wymaga aneksu do Umowy,
 - b. obniżenia wysokości limitu finansowania dla grupy limitowej, do której należy nabywany produkt leczniczy, w przypadku nabywania od podmiotu będącego przedsiębiorcą prowadzącym obrót hurtowy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo Farmaceutyczne. Zmiana ceny obowiązuje od dnia obowiązywania nowej wysokości limitu finansowania i nie wymaga aneksu do Umowy,
 - c. szczególnych okoliczności, takich jak wstrzymanie lub zakończenie produkcji, strony dopuszczają możliwość dostarczania odpowiedników o tej samej nazwie międzynarodowej, w tej samej postaci i dawce przy zachowaniu cen jednostkowych zawartych w umowie, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym. Zmiana zostanie wprowadzona aneksem do umowy.
 - d. Strony zastrzegają możliwość przedłużenia terminu obowiązywania umowy do czasu pełnej realizacji ilościowej przedmiotu zamówienia w przypadku nie wykorzystania ilości określonych w umowie.

§ 14.

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową, będą stosowane przepisy **Kodeksu Cywilnego**.

§ 15.

Spory, powstałe na tle realizacji umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie **Sądu Powszechnego** właściwego miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 16.

1. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron, w trybie natychmiastowym.
2. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w sytuacji i na warunkach określonych w **Art. 145 ustawy Prawo zamówień publicznych**.

§ 17.

Umowa spisana została w **3 egzemplarzach**, dwa dla Zamawiającego, jeden dla Wykonawcy.

Wykonawca

Zamawiający

Załącznik nr 2 do Umowy

KARTA DOSTAW - ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Potwierdzam, że jest mi znany całodobowy telefon kontaktowy do ośrodka leczenia żywieniowego (podpis pacjent)

KAŻDA DOSTAWA JEST POTWIERDZANA W KARCIE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO RODZINĘ LUB OPIEKUNA.

DATA	PREPARAT	ILOĆ	J. m.	PODPIS DOSTAWCY	PODPIS PACJENTA (OPIEKUNA)
	SPRZĘT				

KARTA DOSTAW - ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Potwierdzam, że jest mi znany całodobowy telefon kontaktowy do personelu ośrodka leczenia żywieniowego (podpis pacjenta)

KAŻDA DOSTAWA JEST POTWIERDZANA W KARCIE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO RODZINĘ LUB OPIEKUNA.

DATA	PREPARAT	ILOŚĆ	J. m.	PODPIS DOSTAWCY	PODPIS PACJENTA (OPIEKUNA)
	SPRZĘT				