



Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie

20-113 Lublin ul. Archidiakońska 7

tel./fax. 0-81 466 55 55 do 7 0-81 532 56 81

www.dps-michelisowej.lublin.pl

www.dpsm.bip.lublin.eu

L.dz. IV A-G/352/19/20

Lublin 04-11-2020 r.

Dystrybutorzy produktów leczniczych

W związku z wszczęciem **wewnętrznego postępowania przetargowego** bez stosowania trybów ustawowych (art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29. 01. 2004 r. Prawo zamówień publicznych tekst jednolity DZ. U. z 2019 r. , z późn. zm.)) na **cykliczne dostawy produktów leczniczych** na potrzeby naszej placówki Dyrekcja Domu Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej w Lublinie informuje **Wykonawców** zainteresowanych podpisaniem umowy na dostawy **przez okres jednego roku (od 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r.)** o możliwości dostarczenia aktualnego cennika oferowanych artykułów.

Cennik powinien zawierać:

- produkty wymienione w załączniku nr 1 i 2 dołączonych do niniejszego ogłoszenia,
- czytelną nazwę produktu, jego gramaturę lub ilość w opakowaniu zbiorczym, cenę jednostkową netto, stawkę VAT, cenę jednostkową brutto,
- nazwę **Wykonawcy** (pieczęć firmową) i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji
- podpisane oświadczenie **Wykonawcy** według wzoru (załączniki nr 1, nr 2, nr 3, nr 4, nr 5) i odpis z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Cennik spełniający w/w warunki należy dostarczyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **13 listopada 2020 r.:**

- przesyłką pocztową na adres Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie, ul. Archidiakońska 7, 20-113 Lublin, poprzedzoną:
- faksem na numer (81) 466 55 55, wew. 211 lub
- pocztą elektroniczną na adres poczta@dpsm.lublin.eu jako załącznik w formacie PDF.

Zapotrzebowanie **Zamawiającego** określone w zał. nr 1 do ma charakter szacunkowy i służy **Zamawiającemu** do porównania ofert. Nadesłanie cenników będzie traktowane jak wyrażenie zgody na uczestnictwo w postępowaniu. O wyborze dostawcy powiadomiony zostanie **Wykonawca**, którego oferta cenowa okaże się najbardziej korzystna. Ocenę ofert przeprowadzi komisja przetargowa DPS na podstawie nadesłanych cenników i ilości rocznego zapotrzebowania.

Kryterium postępowania – wartość brutto dostawy

Wzór przyszłej umowy będzie udostępniony tym **Wykonawcom**, którzy nadesłali swój cennik, na ich prośbę. **Wykonawca** w ofercie jest zobowiązany do podania adresu poczty elektronicznej na etapie postępowania przetargowego.

UWAGA: Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji **Wykonawcy** w prowadzonym przez Ministra Finansów wykazie podatników tzw. biała lista podatników i rachunków bankowych na każdym etapie postępowania. W związku z powyższym **Wykonawca** ma załączyć do oferty informację o numerze rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi

zamówienia. Negatywna weryfikacja **Wykonawcy** spowoduje odrzucenie oferty lub odmowę zawarcia umowy i unieważnienie niniejszego postępowania.

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podawania przyczyn.

Sprawę prowadzi:

P. Konrad Brzozowski – inspektor sekcji A-G

Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostarczanie produktów leczniczych medycznych do wyposażenia apteczki oraz leków refundowanych przez okres obowiązywania umowy.

1. Wielkość i asortyment dostaw zawarty jest w załącznikach nr 1 i 2 do ogłoszenia. Dostawy produktów następować będą w ciągu 24 h od telefonicznego bądź pisemnego złożenia zamówienia przez **Zamawiającego**, zgodnie z potrzebami **Zamawiającego** lub w cyklach raz na kwartał.
2. Leki refundowane mają być dostarczane w każdym dniu tygodnia również w soboty niedziele i święta. Leki ratujące życie i antybiotyki – **2 godz.** od zamówienia oraz w porze nocnej.
3. Leki refundowane **Wykonawca** będzie dostarczał w cenach urzędowych zgodnie z listą leków refundowanych ogłoszoną i aktualizowaną przez Ministra Zdrowia.
4. **Wykonawca** zobowiązany będzie do:
 - ✓ pogrupowania leków oddzielnie dla każdego mieszkańca Domu, zgodnie z receptami.
 - ✓ przedłożenia wraz z dostawą leków i środków medycznych, faktur wystawionych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zawartą umową.
5. **Wykonawca** zapewnia każdorazowo bezpłatny odbiór recept i transport leków do siedziby **Zamawiającego**.
6. Każdorazowa dostawa obejmuje leki posegregowane, opisane i zapakowane osobno dla każdej z mieszkańek DPS.

Ilości podane w załączniku do ogłoszenia odzwierciedlają planowane zapotrzebowanie zamawiającego na okres trwania umowy, nie są jednak ściśle określonymi wartościami obowiązującymi przy jej realizacji i nie wiążą **Zamawiającego**.

Nadesłanie cenników będzie traktowane jak wyrażenie zgody na uczestnictwo w postępowaniu. O wyborze dostawcy powiadomiony zostanie **Wykonawca**, którego oferta cenowa okaże się najkorzystniejsza. Ocenę ofert przeprowadzi komisja przetargowa DPS na podstawie nadesłanych cenników i ilości rocznego zapotrzebowania.

Kryterium postępowania – wartość dostawy brutto

Postępowanie prowadzą:

pod względem merytorycznym:

p. Alicja Zajchowska Kierownik zespołu Opiekuńczo – Pielęgnacyjnego;

pod względem formalnym:

p. Konrad Brzozowski inspektor sekcji a-g.

Wzór przyszłej umowy będzie udostępniony tym **Wykonawcom**, którzy nadeślą swój cennik, na ich prośbę.

Zastępca Dyrektora

Małgorzata Zembruska

Załącznik Nr 1 Apteczka

Lp.	Nazwa	Ilość opak. szt./w skali roku	Cena jednostkowa netto zł	Stawka Vat %	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto (c x f) zł	Uwagi
a	b	c	d	e	f	g	h
1	Amol 250 ml	15					
2	Alantan plus (2mg+50mg) x 30g	50					
3	Altazaja 1% żel 75 g	10					
4	Bactigras opatrunek parafinowy jałowy 10 x10 cm x 10 sztuk	40					
5	Bandaż podtrzymujący wiskozowy 10 cm x 4 m	80					
6	Betadine 30 ml roztwór na skórę	10					
7	Cewnik do podawania tlenu – wąsy 3m dł	20					
8	Cewnik jednorazowy do odsysania dróg oddechowych	30					
9	Cewniki Foley'a CH18	30					
10	Ciśnieniomierz automatyczny naramienny	1					
11	Ciśnieniomierz automatyczny nadgarstkowy Omron RS4	20					
12	Fartuch fizelinowy jednorazowy	50					
13	Gaza jałowa 13 nitkowa 1m x 1m	100					
14	Igła 0,5	2					
15	Igła 0,7 mm x 100 sztuk	5					
16	Igła 0,8 x 100 sztuk	5					
17	Igła 1,2	2					
18	Kalium hypermanganicum tabl 100mg x 30 sztuk	20					
19	Kaniula dożylna typu motylek 25 G	50					
20	Kieliszki do leków kolorowe	2000 szt.					
21	Kieliszki do leków przezroczyste	2000 szt.					
22	Kompresy jałowe 5 cm x 5 cm x 100 z gazy 13 nitkowej	100					

2 3 .	Kompresy jałowe 9 cm x 9 cm x 3	100					
2 4 .	Kompresy niejałowe z gazy 17- nitkowej 10 x 10 x 100	100					
2 5 .	Maseczka chirurgiczna jednorazowa x 50	30					
2 6 .	Maść ochronna z witamin A 25g	30					
2 7 .	Maść z arniki 10 g	20					
2 8 .	Mediderm krem 1 kg	10					
3 0 .	Myjki jednorazowe podfoliowane x50 sztuk	50					
3 1 .	Octenisept 1000 ml	4					
3 2 .	Octenisept 250 ml spray	2					
3 3 .	Opaska elastyczna 10 cm x 4 m	30					
3 5 .	Plaster 2,5 cm x 5 m	10					
3 6 .	Plaster z opatrunkiem 8 cm x 1 m	5					
3 7 .	Puder płynny z anestetyką 100g	20					
3 8 .	Pojemnik na odpady twardościenny 1 L	10					
3 9 .	Prześcieradło jednorazowe w rolce 60 cm x 100 m	2					
4 0 .	Przylepiec do mocowania wkłócia dożylnego	100					
4 1 .	Przyrząd do przetaczania płynów infuzyjnych	50					
4 2 .	Rękawice chirurgiczne jałowe 7,5 x 2 szt.	20					
4 3 .	Skalpel chirurgiczny nr 18 x 100 sztuk	1					
4 4 .	Skinsept Pur 350 ml spray	5					
4 5 .	Sól fizjologiczna Gilbert 0,9 % 5 ml x 100 ampulek	2					
4 6 .	Strzykawka 10 ml x 100	2					

4 7	Strzykawka 2 ml x 100	2					
4 8	Strzykawka 20 ml x 100	2					
4 9	Strzykawka 5 ml x 100	2					
5 0	Szpatułka drewniana x 100	2					
5 1	Termometr bezdotykowy elektroniczny	2					
5 2	Termometry do pomiaru temperatury ciała – bezręciowe	5					
5 3	Venflon 0,8 x 25 mm niebieski	20					
5 4	Venflon 1,1 x 32 mm różowy	20					
5 5	Wata bawełniana 500 g	10					
	Wartość razem						

Uwaga: Produkty z pozycji nr 10, 11, 53, 54, 58 muszą być fabrycznie nowe i objęte gwarancją producenta.

Zastępca Dyrektora

Małgorzata Zembruska

Załącznik Nr 2

Lista leków refundowanych najczęściej używanych

Lp.	Nazwa	ilość opak. szt. /w skali roku/	Cena jednostkowa brutto zł	Stawka Vat %	Cena jednostkowa brutto zł	Wartość brutto (c x f)	Cena jednostkowa brutto po uwzględnieniu najniższej odpłatności	Wartość brutto po uwzględnieniu najniższej odpłatności (h x c)	Program 75+
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1.	Amlopin 5 mg x 30	120							
2.	Agen 10 mg x30	90							
3.	ApoSerta 50 mg x30	80							
4.	Diuresin SR x 30	60							
5.	Doreta 75 + 650 x 60	60							
6.	Euphillin long 300 mg x 30	50							
7.	Euthyrox 75 mg x 100	50							
8.	Furosemid 40 mg x 30	120							
9.	Indapen SR x 30	90							
10.	Telmizek 80 mg x 28	100							
11.	Kalipoz prol x 60	120							
12.	Lerivon 10 mg x 30	90							
13.	Formetic 1000 x 90	100							
14.	Metformax SR 500 x 60	50							
15.	Siofor 1000 x 60	100							
16..	Pernazyna 25 mg x 20	200							
17.	Polprazol 20 mg x 28	120							
18.	Prestarium 5 mg x 30	60							
19.	Spironol 50 mg x 30	60							
20.	Sulpiryd 50 mg x 24	50							
21.	Sulpiryd 100 mg x 24	50							
22.	Tulip 20 mg x 30	100							
23.	Tritico CR 150 mg x 60	150							
24.	Tritico CR 75 mg x 30	100							
25.	Valzek 160 mg x 28	100							
Wartość razem									

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na

Dostawę produktów leczniczych

Oświadczam (-y) że:

1. Posiadam (-y) uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania tych uprawnień;
2. Posiadam (-y) niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję (-my) potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia;
3. Znajduję (-emy) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
4. Nie podlegam (-y) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w oparciu o przesłanki wskazane w art.24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

W tym spełniam (-y) warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego określone w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r poz.1843 z późn. zm .)

.....dnia
miejsowość data

.....
podpis(y) osoby (osób) wskazanej (-ych)
w dokumencie upoważniającym do
występowania w obrocie prawnym lub
posiadającej (-ych) pełnomocnictwo (-a)

Uwaga!

W przypadku, gdy dokument podpisuje pełnomocnik osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy, niezbędne jest dołączenie do niniejszego oświadczenia – pełnomocnictwa.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.U.E.L. z 2016 r. Nr 119, str.1; zm.: Dz.U.U.E.L z 2018 r. Nr 127, str.2), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie; dane adresowe: ul. Archidiakońska 7, 20-113 Lublin, tel.: 81 466 55 55, e-mail: poczta@dpsm.lublin.eu.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych – zastępca dyrektora, z którym może Pan/Pani kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem tych danych poprzez: kontakt osobisty w/m, tel.: 81 466 55 55, e-mail: malgorzata.zembrzуска@dpsm.lublin.eu.
3. Podmiotem przetwarzającym Pana/Pani dane osobowe jest Dom Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie, ul. Archidiakońska 7, 20-113 Lublin.
4. Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu realizacji zamówienia określonego niniejszym ogłoszeniem/zapytaniem.
5. Podstawą prawną przetwarzania jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z kategorii archiwalnej danej sprawy.
7. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie zamierza przekazywać ich do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie zgody, która może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych do czasu wycofania zgody.
10. W związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych, przysługują Panu/ Pani następujące uprawnienia:
 - a. prawo dostępu do danych osobowych,

- b. prawo żądania sprostowania/poprawienia danych osobowych.
- c. prawo żądania usunięcia danych osobowych przetwarzanych bezpodstawnie; w zakresie, w jakim Pana/Pani dane są przetwarzane na podstawie zgody – ma Pan/Pani prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie;
- d. prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- e. prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych ze względu na Pana/Pani szczególną sytuację – w przypadkach, gdy przetwarzamy dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu;
- f. prawo do przenoszenia Pana/Pani danych osobowych, tj. prawo otrzymywania od nas swoich danych osobowych, przy czym prawo to przysługuje Panu/Pani tylko w zakresie tych danych, które przetwarzamy na podstawie Pana/Pani zgody;
- g. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- 11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym - ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji procesu zamówienia.
- 12. Pana/Pani dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji umowy, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach jakie mi przysługują w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

.....
(data i podpis)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych tj. Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie; dane adresowe: ul. Archidiakońska 7, 20-113 Lublin w celu realizacji procesu zamówienia.
2. Dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania moich danych osobowych oraz o prawach jakie mi przysługują w związku z ich przetwarzaniem.

.....
(data i podpis)