

Działoszyn, dnia 04.12.2017 r.

Znak sprawy: MGOPS- 261/6/2017

## ZAPYTANIE OFERTOWE

### NA WYBÓR APTEKI DO REALIZACJI RECEPT LEKARSKICH DLA KLIENTÓW MGOPS, REFUNDOWANYCH PRZEZ MIEJSKO-GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W DZIAŁOSZYNIE

#### 1. Dane Zamawiającego:

**Nabywca:**

Miasto i Gmina Działoszyn  
Ul. Piłsudskiego 21  
98-355 Działoszyn  
NIP: 508-002-69-31

**Odbiorca:**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Grota Roweckiego 1  
98-355 Działoszyn  
Tel: (43) 84-37-430, e-mail: [dzialoszyn\\_mgops@pro.onet.pl](mailto:dzialoszyn_mgops@pro.onet.pl)

**Płatnik:**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Grota Roweckiego 1  
98-355 Działoszyn  
Tel: (43) 84-37-430, e-mail: [dzialoszyn\\_mgops@pro.onet.pl](mailto:dzialoszyn_mgops@pro.onet.pl)

#### 2. Opis przedmiotu zamówienia:

Zwracamy się z prośbą o przedstawienie swojej oferty na poniżej opisany przedmiot zamówienia:

### REALIZACJA RECEPT LEKARSKICH DLA KLIENTÓW MGOPS, REFUNDOWANYCH PRZEZ MIEJSKO-GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W DZIAŁOSZYNIE

#### 3. Opis wymagań:

- 1) Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług farmaceutycznych w postaci realizacji recept lekarskich dla klientów Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Działoszynie, w aptece ogólnodostępnej, położonej na terenie powiatu pajęczańskiego.
- 2) Realizacja recept przez klientów MGOPS odbędzie się w formie bezgotówkowej.
- 3) Klienci będą zobowiązani wraz z receptą przedstawić imienne zlecenie wydania leków określające maksymalną kwotę, na którą mogą być zrealizowane recepty, wystawione przez

odpowiedniego pracownika socjalnego (wzór określa załącznik nr 4).

4) Leki wydawane będą sukcesywnie w zależności od bieżących potrzeb, przez cały okres obowiązywania umowy na podstawie recept wystawianych imiennie na podopiecznych.

5) Wykonawca zobowiązany jest wystawić fakturę nie rzadziej niż raz w miesiącu, na której potwierdzi odbiór leków przez klientów MGOPS. Adresatem faktur jest MGOPS w Działoszynie.

6) Zamawiający prześle należność na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w treści faktury w terminie 14 dni od dnia jej wystawienia.



#### **4. Wykaz dokumentów:**

1) Formularz ofertowy (zał. Nr 1)-należy sporządzić czytelnie w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności,

2) Paraflowany na każdej stronie wzór umowy (zał. Nr 2)

3) Formularz cenowy-koszyk leków (zał. Nr 3)

4) Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu (zał. Nr 4)

5) Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

6) Wymaga się, aby oferta i załączniki były podpisane przez osobę lub osoby uprawnione do złożenia oferty.

7) Oferty wniesione po terminie zwraca się bez otwierania.

#### **5. Kryteria oceny:**

Cena 100%.

Spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, Zamawiający wybierze najkorzystniejsze cenowo oferty na podstawie sumarycznej wartości brutto formularza cenowego-koszyka leków, stanowiącego załącznik nr 3.

#### **6. Termin realizacji zamówienia oraz związanie ofertą:**

Termin realizacji zamówienia będzie obowiązywał od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.

#### **7. Termin i miejsce złożenia ofert:**

Ofertę należy złożyć w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Działoszynie, ul. Grota Roweckiego 1, 98-355 Działoszyn w terminie do 21.12.2017 r. do godziny 13.00.

**W związku z faktem, iż szacunkowa wartość zamówienia nie przekracza kwoty 30 tys. euro netto, zamówienie prowadzone jest z wyłączeniem przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych**

Zatwierdzam / Nie zatwierdzam

Pomoc Administracyjna w Dziale  
Organizacyjno-Administracyjnym

04.12.2011  
.....  
(data, podpis osoby prowadzącej sprawę  
jednostki)

KIEROWNIK  
MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA  
POMOCY SPOŁECZNEJ

mgr Mariola Graboń

.....  
(podpis kierownika)