

Działoszyn, dnia 16.01.2017 r.

Znak sprawy: MGOPS- 261/2/2017

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

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

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 przekaże 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) Parafowany 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:

Od dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2017, przy czym umowa może zostać zawarta nie wcześniej niż w dniu 15 lutego 2017 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 02.02.2017 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

16.01.2017 MB
mgr Beata Monka

(data, podpis osoby prowadzącej sprawę)
jednostki)

KIEROWNIK
MIEJSKO-GMINNEGO OŚRODKA
POMOCY SPOŁECZNEJ

mgr Marlena Grabolus

(podpis kierownika)