

.....
Pieczęć Wykonawcy

Znak sprawy DPS.Gos.2601.1.2024

ROZEZNANIE CENOWE

na dostawę do siedziby „BARKA” Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Janowie
Lubelskim leków i odżywek dla naszych mieszkańców

1. Nazwa i adres dokonującego rozeznania

.....
.....

2. Opis przedmiotu rozeznania

Dostawa leków i odżywek refundowanych i nierefundowanych, wypisywanych na receptach przez lekarzy dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Janowie Lubelskim w okresie od dniaroku do dnia roku.

a) czas realizacji zamówień:

nie dłużej niż 6 (sześć godzin) od momentu dostarczenia recepty lub zamówienia na lek wydawany bez recepty, a w wyjątkowych przypadkach „cito”- nie dłużej niż 2 (dwie) godziny od momentu dostarczenia recepty lub zamówienia na lek wydawany bez recepty;

b) warunki płatności:

rozliczenie miesięczne do 25 dnia każdego miesiąca, w formie przelewu z 14-to dniowym terminem płatności, w oparciu o zbiorcze zestawienie faktur VAT (UWAGA!!! Faktury VAT muszą być wystawiane wyłącznie na mieszkańców DPS-u, zgodnie z treścią recepty lub dokonanego zamówienia oraz zawierać indywidualne rozliczenie płatności dla celów pomocy społecznej)

c) sposób informowania oferenta o konieczności odebrania recept lub zamówień na leki wydawane bez recepty:

telefonicznie na wskazany przez oferenta numer kontaktowy lub e-mail.

d) miejsce odbioru przez oferenta recept i zamówień na leki wydawane bez recepty:

BARKA” DPS im. Jana Pawła II w Janowie Lubelskim, ul. Wiejska nr 12, 23-300
Janów Lubelski

e) sposób odbioru przez oferenta recept i zamówień na leki wydawane bez recepty:
na koszt i ryzyko oferenta, jego własnym środkiem transportu

f) miejsce dostawy przez oferenta leków i odżywek:
„BARKA” DPS im. Jana Pawła II w Janowie Lubelskim, ul. Wiejska nr 12, 23-300
Janów Lubelski

g) sposób dostawy przez oferenta leków i odżywek:
na koszt i ryzyko oferenta, jego własnym środkiem transportu, zgodnie
z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa

h) dokumenty niezbędne do oceny oferty:
wypełniony we wszystkich pozycjach formularz asortymentowo-cenowy do
niniejszego rozeznania (**UWAGA!!! Formularz asortymentowo-cenowy ma jedynie
charakter poglądowy dla dokonującego rozeznania, nie odzwierciedla
rzeczywistego rodzaju ani też rzeczywistej ilości leków, które będą zamawiane;
służy jedynie do oceny stosowanych przez oferenta cen detalicznych**)

3. Forma złożenia oferty

Ofertę na niniejszym formularzu wraz z załącznikami należy złożyć w terminie do
dnia 12 stycznia 2024 roku do godz. 10.00 w formie pisemnej (osobiście, listownie, za
pośrednictwem kuriera) na adres: BARKA” DPS im. Jana Pawła II w Janowie
Lubelskim, ul. Wiejska nr 12, 23-300 Janów Lubelski (sekretariat) (**UWAGA!!!
Przy przesyłkach listowych i za pośrednictwem kuriera liczy się data i godzina
dostarczenia oferty do siedziby dokonującego rozeznania cenowego, nie zaś data
i godzina nadania oferty**)

4. Nazwa i adres oferenta

Nazwa
.....
.....

Adres.....
.....

NIP.....
.....

5. Oświadczam/my, że zapoznałem się/zapoznaliśmy się z treścią niniejszego rozeznania cenowego i nie wnoszę/wnosimy do niej zastrzeżeń.
6. Załącznikiem do niniejszego rozeznania cenowego, stanowiącym integralną część oferty jest wypełniony formularz asortymentowo-cenowy.
7. Załącznikiem do niniejszego rozeznania cenowego, stanowiącym integralną część oferty jest parafowany projekt umowy.

....., dnia

podpis osoby uprawnionej ze strony oferenta