

**UMOWA Nr**

zawarta w dniu r. w Zborowie pomiędzy :

**Powiatem Buskim z siedzibą w Busku-Zdroju, ul. Mickiewicza 15, 28-100 Busko-Zdrój,  
NIP 655-192-53-75**

zwanym dalej **Zamawiającym**, reprezentowanym przez :

**Jolantę Kałucką - Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zborowie, ul. Pałacowa 4,  
28-131 Solec-Zdrój,**

a

NIP

REGON

**działającą na podstawie zezwolenia**

którą reprezentuje:

zwaną dalej **Wykonawcą**,

W wyniku wyboru oferty na dostawę leków refundowanych i pełnopłatnych została zawarta umowa następującej treści :

**§ 1.**

1. Zamawiający zamawia, a Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć leki i inne artykuły medyczne o parametrach i cenach określonych w **załączniku nr 1** do Zamawiającego.
2. Zamawiający będzie zamawiał u Wykonawcy na piśmie, telefonicznie lub podając kod recepty, potrzebne ilości leków i innych artykułów medycznych w formie zapotrzebowania.
3. Zamówione leki i inne artykuły medyczne Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć w ciągu 24 godzin.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać zamówiony towar własnym transportem i na własny koszt do Zamawiającego.
5. Koszty załadunku i wyładunku zamówionego towaru obciążają Wykonawcę.
6. Dostawa zamówionego towaru musi się odbywać zgodnie z prawem farmaceutycznym.
7. Dostarczane leki winny zawierać: nazwę i adres producenta, nazwę wyrobu, skład oraz datę przydatności do spożycia.
8. Termin ważności leków stanowiących przedmiot umowy każdorazowo określa producent, przy czym w dacie dostawy nie może on być krótszy niż 6 miesięcy.
9. Leki z odpłatnością 100 % winny być pakowane i fakturowane indywidualnie na mieszkańca.
10. Dopuszcza się stosowanie zamienników jeżeli posiadają te same właściwości i zakres wykorzystania
11. Zamawiający dokona przy odbiorze sprawdzenia dostarczonego towaru pod względem jakościowym i ilościowym, a Wykonawca uwzględni niezwłocznie uzasadnione reklamacje.
12. Integralną część umowy stanowi – **załącznik nr 1**.
13. Zamawiający w trakcie obowiązywania Umowy zastrzega możliwość zamawiania leków nie uwzględnionych w **załączniku Nr 1**, których zakupu nie można było przewidzieć w chwili

przygotowywania rozeznania cenowego na dostawę leków dla Domu Pomocy Społecznej w Zborowie w następujących cenach:

- a) leki refundowane – zgodnie z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- b) pozostałe leki – zgodnie z cenami obowiązującymi u Wykonawcy.

## § 2.

1. Termin realizacji umowy wynosi **12 miesięcy** od dnia 02.01.2026r. do 31.12.2026r.
2. W przypadku zmian czynników cenotwórczych niezależnych od Wykonawcy, Wykonawcy i Zamawiającemu przysługuje prawo zmiany ceny oferowanego leku o stopę zmiany tych czynników (podatek VAT, zmiana cen urzędowych leków, zmiana przepisów prawa itp.).
3. Podwyższenie cen nieuzasadnione lub niepotwierdzone zmianą czynników cenotwórczych spowoduje zwrot faktury.
4. W przypadku obniżenia cen producenta lub zastosowania promocyjnej obniżki cen, Zamawiający zastrzega sobie prawo zakupu asortymentu objętego umową po cenach odpowiednio obniżonych. niezależnie od wszelkich czynników. Zmiana umowy w tym zakresie nie jest wymagana.

## § 3.

1. Ceny jednostkowe na dostarczane leki i inne artykuły medyczne określa wypełniony przez Wykonawcę **Załącznik nr 1**, będący integralną częścią umowy.
2. Podane ceny zawierają wartość towaru, podatek VAT, koszty ubezpieczenia i transportu do Zamawiającego.
3. Zamawiający dokona zapłaty w formie bezgotówkowej za leki i inne artykuły medyczne w terminie do 30 dni na konto Wykonawcy po odbiorze zamówionego towaru i po otrzymaniu faktury z określeniem:

**Nabywca:**

**Powiat Buski**

**Ul. Mickiewicza 15**

**28-100 Busko-Zdrój**

**NIP 6551925375**

**Odbiorca:**

**Dom Pomocy Społecznej**

**w Zborowie**

**ul. Pałacowa 4**

**28-131 Solec-Zdrój**

**NIP 6551190318**

4. Za datę zapłaty należności uważa się datę złożenia przez Zamawiającego dyspozycji przelewu bankowi prowadzącemu jego rachunek.
5. Za zwłokę w zapłacie faktury Zamawiający zapłaci odsetki w wysokości odsetek ustawowych.
6. Za leki pełnopłatne z faktur wystawionych na mieszkańca DPS, Wykonawca będzie otrzymywał zapłatę przelewem lub gotówką po przedstawieniu imiennych faktur dla mieszkańek po zakończonym miesiącu w terminie 10 dni od dnia dostarczenia faktury.

#### § 4.

Wykonawcy nie przysługują wobec Zamawiającego żadne roszczenia w tym odszkodowania z tytułu zrealizowania umowy poniżej wykazu określonego w załączniku nr 1.

#### § 5.

W razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku trzykrotnego niedostarczenia towaru w umówionym terminie.
2. W przypadku zwłoki w dostawie towaru Zamawiający ma prawo zakupić niedostarczony towar u innego sprzedawcy i kosztami obciążyć Wykonawcę.

#### § 6.

Wykonawca oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej przez siebie działalności i posiada aktualną polisę ubezpieczeniową.

#### § 7.

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
2. Strony zgodnie ustalają, iż zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień, niekorzystnych dla Zamawiającego, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

#### § 8.

1. Osobą upoważnioną do zamawiania leków i innych artykułów medycznych ze strony Zamawiającego jest Pani Ewelina Zawislak, tel. 41 3777545, 500276454 lub osoba przez nią upoważniona.
2. Osobą do kontaktu ze strony Wykonawcy jest Pani/Pan, \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### § 9.

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie właściwe przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 10.

Spory między stronami rozstrzyga właściwy rzeczowo i miejscowo sąd powszechny.

#### § 11.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Zamawiający:**

**Wykonawca:**

.....

.....