**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup leków w zakresie i na zasadach szczegółowo określonych w niniejszym opisie przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.

 2. Zakresem przedmiotu zamówienia objęte są poniższe leki:

tabela nr 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wykaz leków | J.m. | Ilość | Minimalny wymagany okres ważności od daty złożenia oferty |
| 1 | Naloxonum hydrochloricum WZF 400mikrogramów/ ml; 10 amp/1 ml; (10 amp.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 2 | Ketonal 50 mg/ ml 10 amp/2 ml; (10 amp.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 3 | Metoclopramidum 0,5% 5mg/ml 5 amp/2 ml; (5 amp.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 4 | NO-spa 20 mg/ml; 5amp/2ml; (5 amp.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 5 | Paracetamol 1000 mg/100ml  | szt. | 5 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 6 | 0,9 % NaCl 100 ml | szt. | 5 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 7 | Glukoza 5% 250 ml | szt. | 2 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 8 | Paracetamol 400 mg/tab. (20 tab.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |
| 9 | Aspiryna tabletki; (10 tab.) | op. | 1 | nie krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności określonego przez producenta |

3. Okres ważności leków nie może być inny niż określony w tabeli powyżej od daty złożenia oferty zgodnie z procedurą Zamawiającego.

4. Wykonawca z należytą starannością wypełnia każdą pozycję formularza oferty.

5. Podstawą wystawienia faktury jest zrealizowana dostawa wraz z podpisanym protokołem odbioru leków.

6. Rozliczenie nastąpi na podstawie faktury odzwierciedlającej wartość brutto produktu wykazanego w formularzu oferty.

7. Koszt dostawy ponosi dostawca.

8. Wykonanie zakupu w/w leków nastąpi poprzez dostarczenie leków do siedziby Zamawiającego:

* **Oddział Zabezpieczenia JFTC, ul. Szubińska 2, 85-312 Bydgoszcz**

9. Termin dokonania dostawy:

* **do 10 dni roboczych po otrzymaniu podpisanego Formularza zamówienia.**

10. **Dostarczenie faktury nastąpi do 3 dni roboczych po zrealizowaniu dostawy.**

11. Instrukcja w języku polskim dostarczona wraz z lekami.

12. W przypadku braku ilości w/w leków i konieczności ich sprowadzenia, dopuszcza się wydłużenie terminu realizacji zamówienia po uprzednim uzgodnieniu mailowym tego faktu z Zamawiającym.

13. W przypadku nie rozpoczęcia realizacji zamówienia w wyznaczonym terminie, nie wykonanie lub nienależytego wykonania zamówienia, Zamawiający odstąpi w całości lub w części od umowy.

14. **Wykonawca zobowiązany jest do posiadania pozwolenia na obrót lekami z Grupy A, które należy złożyć wraz z Formularzem oferty.**