**Załącznik nr 4**

**Umowa - wzór**

Zawarta w Ostrowie Wielkopolskim w dniu …...................... pomiędzy:

Powiat Ostrowski, NIP 622-23-91-168

reprezentowany przez Panią Katarzynę Modrzyńską – Dyrektor

Domu Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w Ostrowie Wielkopolskim, przy ul. Partyzancka 8, 63 – 400 Ostrów Wielkopolski

 zwanym dalej **Zamawiającym**

a firmą

**…………………………….**

**…………………………….**

**……………………………..**

zwanym dalej **„ Wykonawcą”**

Reprezentowanym przez: ……………………………………

§1

1. Wykonawca zobowiązuje się do sukcesywnych dostaw pieluchomajtek, pieluch anatomicznych oraz majtek chłonnych w asortymencie, ilościach, cenach określonych w ofercie (załącznik nr 1). Ceny pielucho majtek, pieluch anatomicznych oraz majtek chłonnych będą zgodne ze złożoną ofertą, stanowiącą integralną cześć umowy.
2. Rzeczywiste wielkości dostaw zamawianych pieluchomajtek, pieluch anatomicznych oraz majtek chłonnych mogą ulec wahaniom z powodu zmieniającej się ilości zleceń lekarskich na zapotrzebowanie.
3. Zamawiający składa zamówienie w formie pisemnej e-mail lub telefonicznie, określając ilość, rodzaj zamawianych wyrobów oraz termin dostawy od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 14:00.
4. Czas dostawy od momentu złożenia zamówienia do 48 godzin.
5. Wykonawca dostarcza towar **jeden raz na dwa miesiące** własnym transportem i bez dodatkowych opłat do Domu Pomocy Społecznej przy ul. Partyzanckiej 8 w Ostrowie Wielkopolskim.
6. **Zamawiający zastrzega sobie możliwość niewielkich zmian w ilościach i rozmiarach zamawianego asortymentu.**

§2

1. Wykonawca dostarcza towar posiadający certyfikaty medyczne oraz unijne.
2. W razie dostarczenia wyrobów z wadami jakościowymi Wykonawca zobowiązuje się wymienić je na nowe od wad oraz pokryć spowodowane tym straty, wykazane przez Zamawiającego.

§3

Strony ustaliły następujące ceny za dostarczane środki higieniczne

1. Pieluchomajtki rozmiar M: …………..……. **brutto**,
2. Pieluchomajtki rozmiar L: ……………..….. **brutto**,
3. Pieluchomajtki rozmiar XL: ……………….. **brutto**
4. Pieluchy anatomiczne: ………………………**brutto**
5. Majtki chłonne rozmiar L: ………………….**brutto**
6. Majtki chłonne rozmiar XL: ………………….**brutto**

§4

* + - 1. Zamawiający wyznacza na przedstawiciela odpowiedzialnego za prawidłowy przebieg sprzedaży:

Panią / Pana ................................................. , tel. ………………………

* 1. Wykonawca wyznacza na przedstawiciela odpowiedzialnego za prawidłowy przebieg sprzedaży:......................................................... , tel. …………………………..
	2. Zamawiający ma prawo kontroli i zgłaszania uwag do wykonywanych dostaw.

§5

1. Wykonawca będzie wystawiał Zamawiającemu fakturę VAT po każdej dostawie. Załącznikiem do każdej wystawionej faktury będzie Protokół odbioru pieluchomajtek, pieluch anatomicznych oraz Majtek chłonnych (załącznik nr 1 do umowy).
2. Termin płatności - ….. dni od dnia dostarczenia faktury do Zamawiającego przez Wykonawcę. Płatność przekazywana będzie przelewem na konto wskazane przez Wykonawcę na fakturze.

§6

Umowa została zawarta na czas określony tj. od 01.03.2021 r. do 28.02.2022 r.

§7

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, bez podania przyczyn. W okresie wypowiedzenia strony obowiązują warunki zobowiązania niniejszej umowy.
2. Okres wypowiedzenia mija w ostatnim dniu miesiąca.

§8

Wszystkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zamawiającego oraz jeden dla Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

Załącznik nr 1 do umowy

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

**PIELUCHOMAJTEK, PIELUCH ANATOMICZNYCH,**

**MAJTEK CHŁONNYCH**

**z dnia …………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Ilość zamówionych sztuk** | **Ilość sztuk dostarczona**  | **Ilość sztuk****odebrana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Pieluchomajtki** w rozmiarze **M**   | szt. |  |  |  |
| **Pieluchomajtki** w rozmiarze **L** | szt. |  |  |  |
| **Pieluchomajtki** w rozmiarze X**L** | szt. |  |  |  |
| **Pieluchy anatomiczne**  | szt. |  |  |  |
| **Majtki chłonne**w rozmiarze L  | szt. |  |  |  |
| **Majtki chłonne**w rozmiarze X**L**   | szt. |  |  |  |

…………………………….. …………………………… Dostawca Odbiorca