**Załącznik Nr 21– wzór**

# UMOWA DEPOZYTOWA Nr 48/D/2016

zawarta w dniu ……………… r. w Elblągu pomiędzy :

### Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym

z siedziba w Elblągu 82 – 300 , ul. Królewiecka 146 regon nr 170745930

reprezentowanym przez :

- Elżbietę Gelert - Dyrektora

zwanym dalej „Przechowawcą”

a

**.......................................................**

**.......................................................**

**.......................................................**

**reprezentowanym przez**

**.............................................................**

zwanym dalej Składającym

o następującej treści:

§ 1

1. Składający zleca, a Przechowawca przyjmuje na nieodpłatne przechowanie siatki przepuklinowe / protezy / łaty naczyniowe/ opony sztuczne/ odciągi poliestrowe zgodne z Pakietem nr........................................w ilości dla:

Pakiet Nr 1 – poz. Nr 1,2,3 po 1 szt. z każdego rozmiaru; poz. 4 - po 2 szt. dla rozmiarów 14/7, 16/8, 18/9, pozostałe rozmiary z poz. 4 po 1 szt.

Pakiet Nr 2 – po 1 szt. z każdego rozmiaru

Pakiet Nr 3 – poz. 1 i 2 po 2 szt. z każdego rozmiaru, poz. 3 i 4 po 1 szt. z każdego

rozmiaru

Pakiet Nr 4 – poz. 1,2,3,5 po 1 szt. z każdego rozmiaru; poz. 4 – po 2 szt. z rozmiarów

14/7, 16/8, 18/9; pozostałe rozmiary z pozycji nr 4 – po 1 szt.

Pakiet Nr 5 – poz. 1,3 po 4 szt.; poz. 2, 4 po 2 szt.

Pakiet Nr 6 – rozm. 5 i 6 mm po 2 szt.; rozm. 7,8,10 po 1 szt.

Pakiet Nr 7 - rozm. 5,6 mm po 2 szt., rozmiary pozostałe po 1 szt.

Pakiet Nr 8 – poz. Nr 1 i 2 po 2 szt. z każdego rozmiaru

Pakiet Nr 11 – poz. Nr 1,2,3 po 1 szt. z każdego rozmiaru

Pakiet Nr 12 – poz. Nr 7,9,10 - po 1 szt.

Pakiet Nr 13 – poz. Nr 1,2,3 - po 1 szt. z każdego rozmiaru

Pakiet Nr 15 - poz. Nr 1,2,3,4 – po 1 szt. z każdego rozmiaru

w cenie określonej w załączniku/załącznikach do umowy Sprzedaży Nr 48/2016, który/e stanowi/ą jej integralną część.

2. Przechowawca jako miejsce przechowywania wskazuje Blok Operacyjny – osobanadzorująca podmagazyn jest P. Sabina Tomaszewicz.

3. Składający dostarczy Przechowawcy przedmiot niniejszej umowy, zgodny z wymienionym w ust.1 niniejszego paragrafu wraz z wypełnionym przez Składającego załącznikiem Nr 1 do Umowy Depozytowej 48/D/2016 w terminie max. 7 dni roboczych licząc od daty podpisania niniejszej umowy do Apteki Szpitalnej WSzZ.

4. Dostarczony przedmiot umowy musi posiadać min. 6 miesięczny termin ważności / zastosowania (jeżeli termin ważności dotyczy danego asortymentu) liczonych od dnia dostarczenia. Składający jest odpowiedzialny w okresie obowiązywania umowy za sukcesywne kontrolowanie terminów przydatności złożonego depozytu. W przypadku, gdy dany asortyment będzie posiadał termin przydatności krótszy niż 1 miesiąc, Składający dokona zamiany przedmiotu zamówienia na taki sam asortyment z min. 6 miesięcznym terminem ważności.

5. Przejęcie przedmiotów na przechowanie dokonane zostanie na podstawie protokołu przyjęcia będącego załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy depozytowej i stanowiącym jej integralną część, podpisanego przez upoważnionych pisemnie przedstawicieli stron.

§ 2

1. Przechowawca ma prawo zużyć wyłącznie na własne potrzeby przekazane do przechowania siatki przepuklinowe / protezy / łaty naczyniowe/ opony sztuczne/ odciągi poliestrowe/……………….
2. Odsprzedaż, udostępnianie stronom trzecim lub wykorzystanie poza siedzibą Przechowawcy jest zabronione.

3. Sposób przekazania informacji o zużyciu będzie miał formę pisemną i przekazany zostanie przez pracownika Apteki Szpitalnej W.Sz.Z w terminie 3 dni faksem na numer Składającego:....................... Wzór formularza zamówienia, informującego o zużyciu produktów stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

4. Składający wystawi na rzecz Przechowawcy fakturę za ten asortyment, który zostanie zużyty, zagubiony lub uszkodzony, według stawek z zapisów w Umowie nr 48/2016, która jest integralną częścią umowy depozytowej i uzupełni na własny koszt stan magazynowy do stanu określonego w załączniku nr 1 do umowy depozytowej w terminie:

- dla pakietu Nr ..... - ........ dni roboczych (max 7 dni roboczych)

- dla pakietu Nr ..... - ........ dni roboczych (max 7 dni roboczych)

5. Dostawa przedmiotu zamówienia nastąpi do Magazynu Apteki Szpitalnej W.Sz.Z w dni robocze (pn. – pt.) w godzinach od 730 do 1330.

6. Jeżeli dostawa przedmiotu zamówienia wypadnie w dniu wolnym od pracy, dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.

7. Przechowawca zobowiązuje się do zapłaty za zużyty, zagubiony bądź zniszczony przedmiot umowy przelewem na konto Składającego w terminie i na warunkach wynikających z zapisów w Umowie Sprzedaży nr 48/2016.

§ 3

1. Przedmiot umowy złożony w Magazynie Depozytowym cały czas stanowią własność Składającego aczkolwiek Przechowawca jest finansowo odpowiedzialny za wszystkie części wyposażenia, które zostaną zużyte, zagubione lub uszkodzone.
2. Przechowawca, na każde życzenie Składającego zezwoli jego przedstawicielom na dostęp do przedmiotu umowy w Magazynie w celu sprawdzenia ilości, stanu produktów oraz terminu ważności.
3. Przechowawca zobowiązuje się magazynować przekazane na przechowanie produkty w warunkach odpowiednich dla produktów medycznych.

§ 4

Niniejsza umowa będzie obowiązywać przez okres trwania Umowy Sprzedaży nr 48/2016. Po upływie tego terminu Przechowawca zapłaci na rzecz Składającego za cały zużyty, zagubiony lub uszkodzony asortyment, za który opłata nie została uprzednio uiszczona i zwróci Składającemu pozostały asortyment znajdujący się w Magazynie Depozytowym.

§ 5

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 6

1. W sprawach nie unormowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

2. Wszelkie ewentualne spory powstałe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygane będą przez właściwy sąd dla siedziby Przechowawcy.

§ 7

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla

każdej ze stron .

Składający Przechowawca

**Załącznik 1 do Umowy nr 48/D/2016 z dnia ..............2016 r.**

## **Lista asortymentu (siatki przepuklinowe / protezy / łaty naczyniowe/ opony sztuczne/ odciągi poliestrowe………..) .............................................................................................................................................................................................................................. przekazanych w dniu .................... znajdujących się na wyposażeniu Magazynu Depozytowego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer kat** | **Nazwa produktu** | **Rozmiar** | **Ilość sztuk** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

SKŁADAJĄCY PRZECHOWAWCA

# Załącznik 2 do Umowy nr 48/D/2016 z dnia ........2016

**Formularz zgłoszenia zużycia i zamówienia asortymentu (siatek przepuklinowych / protez / łat naczyniowych/ opon sztucznych/ odciągów poliestrowych) do Magazynu Depozytowego**

**Rozliczenie zużycia sprzętu z magazynu depozytowego**

1. Dane Przechowawcy

**Wojewódzki Szpital Zespolony**

**ul. Królewiecka 146**

**82-300 Elbląg**

2. Nazwiska pacjentów:

1. ................................................
2. .................................................
3. ................................................

*Do wiadomości: ............................................. ., fax: ......................................*

Dnia: ....................................... do zabiegu zużyto następujące siatki / protezy/ łaty naczyniowe / ........................................................................ firmy .......................................... ( proszę zaznaczyć X )

□ rozmiar …………... szt. / kpl. nr serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ rozmiar …………... szt. / kpl. nr serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ rozmiar …………... szt. / kpl. nr serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ rozmiar …………... szt. / kpl. nr serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prosimy o uzupełnienie naszego magazynu depozytowego o brakujący asortyment.

Zamawiamy wyżej wymienione pozycje.

...........................

pieczęć i podpis