



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

Ξάνθη, 17-2-2022

4^η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ
Δ/νση Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας
Υποδ/νση Διοικητικού - Οικονομικού
Τμήμα Προμηθειών**

Ταχ. Δ/νση : Νεάπολη, Τ.Θ. 99, Τ.Κ. 67100, Ξάνθη.

Πληροφορίες : Λαμτσίδης Θεόκλητος

Τηλέφωνο : 25413 51412

Fax : 2541351410

e-mail : agora@hosp-xanthi.gr

http://www.hosp-xanthi.gr

**Σ Υ Μ Β Α Σ Η
Αριθμός Σύμβασης: 9/2022**

Για την προμήθεια του Γ.Ν. Ξάνθης : Σακούλες μολυσματικών (CPV 19640000-4) ποσού **8.154,24€** συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. 24%.

Στην Ξάνθη σήμερα την 17-2-2022, στο γραφείο του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου (Γ.Ν.) Ξάνθης (Νεάπολη, Τ.Κ. 67100, Ξάνθη) οι κάτωθι υπογεγραμμένοι:

1. Ροφαέλα Ελένη , Διοικητής του Γ.Ν. Ξάνθης και
2. Ο.....νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρίας με την επωνυμία “ΠΙΕΤΡΟΣ ΧΑΡ.ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΚΑΙ ΣΙΑ Ε.Ε” (ΞΑΝΘΟΥ 10 17778 ΤΑΥΡΟΣ,ΑΦΜ: 999685389),

συνομολόγησαν, συναποδέχτηκαν και συναποφάσισαν τα εξής:

Ο πρώτος από τους συμβαλλόμενους με την προαναφερόμενη ιδιότητά του και μετά την απόφαση αρ.79/15-2-2022 του Δ.Σ. του Νοσοκομείου ,αναθέτει την προμήθεια: «Σακούλες Μολυσματικών - Αποβλήτων» αξίας 8.154,24€ συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α.24% στην εταιρία με την επωνυμία “ΠΙΕΤΡΟΣ ΧΑΡ.ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΚΑΙ ΣΙΑ Ε.Ε” (ονομαζόμενη στο εξής «Προμηθευτής»), η οποία αναλαμβάνει την προμήθεια με τους κατωτέρω όρους και συμφωνίες, τις οποίες αποδέχεται ανεπιφύλακτα.

Η παρούσα Σύμβαση διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 4412/2016.

Άρθρο 1.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ
(Τιμή – Ποσότητα – Αξία – Τεχνική Περιγραφή).**

1. Ο Προμηθευτής θα προμηθεύσει το Νοσοκομείο με τα απαιτούμενα υλικά σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα:

Κωδικός /Ονομασία	ΕΙΔΟΣ ΥΛΙΚΟΥ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	Τιμή τεμ.	Τιμή χωρίς Φ.Π.Α. 24%
5359	Σακούλες μολυσματικών κίτρινες 72x105εκ.	24.000	0,274	6.576,00
Συνολικό κόστος με Φ.Π.Α.24%				8.154,24

2. Η τιμή μονάδας των υπό προμήθεια ειδών είναι για παράδοση αυτών με ευθύνη και μέριμνα του προμηθευτή, ελεύθερη στις αποθήκες του φορέα. Στην τιμή περιλαμβάνονται η αξία του είδους, τα έξοδα μεταφοράς του μέχρι και εντός του χώρου του Νοσοκομείου και οι τυχόν υπέρ τρίτων κρατήσεις, εκτός από το Φ.Π.Α. Ο Φ.Π.Α. (24%) επιβαρύνει το Νοσοκομείο.

Άρθρο 2.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ – ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ - ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ.

1. Η πληρωμή θα γίνεται εντός τριών (3) μηνών μετά την οριστική ποιοτική και ποσοτική παραλαβή του είδους, την υποβολή στο Νοσοκομείο των απαραίτητων δικαιολογητικών πληρωμής, μεταξύ των οποίων και βεβαίωσης ασφαλιστικής και φορολογικής ενημερότητας του Προμηθευτή και τη σχετική εντολή πληρωμής.
2. Από την πληρωμή του Προμηθευτή θα παρακρατηθούν οι νόμιμες κρατήσεις, καθώς επίσης και ο προβλεπόμενος από το άρ. 24 του Ν. 2198/1994 φόρος εισοδήματος.

Άρθρο 3.

ΚΥΡΩΣΕΙΣ.

Για κάθε παράβαση του Προμηθευτή το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου επιβάλλει τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις σχετικές διατάξεις του Ν. 4412/16.

Αυτά συνομολόγησαν και συναποφάσισαν οι παραπάνω και προς απόδειξη τους εγγράφει η σύμβαση αυτή σε τρία (3) αντίγραφα, από τα οποία ένα (1) έλαβε η προμηθεύτρια εταιρεία, αφού υπεγράφησαν και από τους δύο.

Οι Συμβαλλόμενοι:

**Η Διοικήτής
του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης**

Ο Προμηθευτής

Ροφαέλα Ελένη