Chorzów, dnia 07.12.2020 r.

**Szpital Specjalistyczny w Chorzowie**

**ul. Zjednoczenia 10**

**41-500 Chorzów**

**tel. 32 34 63 652**

**e-mail dzp@sswch.pl**

[www.sswch.pl](http://www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl)

Znak sprawy: **4-8/TS/14/20**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Zaproszenie do składania ofert**

**na usługi o wartości netto poniżej 30 000 €**

zgodnie z art.26 ust. 4a i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 295 z późn. zm.) **ustawy nie stosuje się**

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie pozaustawowym, zgodnie z art.26 ust. 4a i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz. U. z 2020 r. , poz. 295
z późn. zm.) - **zapytanie ofertowe** na **Usługę transportu sanitarnego, przez okres 12 miesięcy.**

1. Opis przedmiotu zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Opis** |
| **1** | **Transport pacjentów z opieką średniego personelu medycznego (sanitariusz lub pielęgniarka)**planowana roczna ilość: - przebieg: 6 000 km - czas pracy karetki: 300 godz.**CPV:** 60130000-8 - Usługi w zakresie specjalistycznego transportu drogowego osób  |
| **2** | **Transport pacjentów z kierowcą**planowana roczna ilość: - przebieg: 3000 km - czas pracy karetki: 120 godz.**CPV:** 60130000-8 - Usługi w zakresie specjalistycznego transportu drogowego osób  |
| **3** | **Transport pacjentów z zespołem lekarskim karetką R**planowana roczna ilość: - przebieg: 1500 km - czas pracy karetki: 60 godz.**CPV:** 60130000-8 - Usługi w zakresie specjalistycznego transportu drogowego osób  |
| **4** | **Transport krwi i preparatów krwiopochodnych**planowana roczna ilość: - ilość dostaw 320**CPV:** 60100000-9 - Usługi w zakresie transportu drogowego  |

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.
2. Zaoferowanie pakietu nie posiadającego pełnego zakresu spowoduje odrzucenie oferty przez Zamawiającego.
3. Szczegółowe warunki konieczne do spełnienia przez Wykonawcę wyszczególnione są w pakietach oraz we wzorze umowy. Niespełnienie podanych warunków skutkować będzie odrzuceniem oferty.
4. Cenę oferty należy podać w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Łączna cena oferty musi obejmować cały zakres zamówienia, określony w pakiecie. W cenie tej należy uwzględnić także inne koszty o ile Wykonawca je przewiduje (np. opłaty, ubezpieczenia itp.). Przy obliczaniu ceny należy uwzględnić, że cena będzie obowiązywać strony przez cały okres realizacji zamówienia.
5. Ofertę należy sporządzić w języku polskim; wszystkie rozliczenia dokonywane będą w PLN.
6. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na Formularzu ofertowo-cenowym, pocztą na adres **Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, 41-500 Chorzów, ul. Zjednoczenia 10 – Sekretariat**, lub pocztą elektroniczną na adres e-mail: **dzp@sswch.pl**do dnia **18 grudnia 2020** r. **do godz. 10:00**
7. Na ofercie (kopercie) należy dopisać nazwę i adres Wykonawcy oraz adnotację: **„Zapytanie ofertowe na** **usługę transportu sanitarnego przez okres 12 miesięcy. Oferta na pakiety
 nr ............ Znak sprawy: 4-8/TS/14/20"**
8. Termin realizacji zamówienia: **12 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy.**
9. Kryteria oceny:

a) **Cena – 80%**

b) **Termin płatności - 20%**

W kryterium **„Cena”** zostanie zastosowany wzór:

***Ocena punktowa = (cena minimalna brutto / cenę brutto oferty badanej) x 100 pkt x 80%***

W kryterium **„Termin płatności”** zostanie zastosowany wzór:

***Ocena punktowa = (termin płatności zadeklarowany w badanej ofercie/ maksymalny zadeklarowany termin płatności) x 100 pkt x 20%***

**Ocena końcowa = ocena punktowa w kryterium „Cena” + ocena punktowa w kryterium „Termin płatności”.**

1. Warunki udziału:

O udzielenie zamówienia, może ubiegać się Wykonawca który :

1. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
2. posiada konieczne doświadczenie i kwalifikacje niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia i zobowiązuje się do wykonania przedmiotu zamówienia przy zachowaniu najwyższej należytej staranności określonej w art. 355 § 2 ustawy - Kodeks cywilny,
3. zrealizuje postanowienia niniejszej umowy zgodnie ze złożoną ofertą;
4. posiada uprawnienia do wykonywania przedmiotu zamówienia.

Dodatkowe wymagania zostały określone we wzorze umowy - Załącznik nr 1.

1. Wraz z ofertą należy złożyć następujące dokumenty:
2. Formularz ofertowo-cenowy,
3. Zaakceptowany wzór umowy - załącznik nr 1,
4. Oświadczenie Wykonawcy – załącznik nr 2,
5. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

 e) Polisa ubezpieczeniaod odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności,
 w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29
 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U z 2019 r. poz. 866 z późn. zm.).

1. Termin związania z ofertą: **30 dni od daty składania ofert**.
2. Kontakt z Wykonawcą:

Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcą:
Dorota Kaczmarek, tel. 32 34 63 652, adres e-mail: dzp@sswch.pl

W załączeniu dokumenty dotyczące postępowania tj.:

1. Formularz ofertowo-cenowy,
2. Oświadczenie Wykonawcy,
3. Wzór umowy.

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

 Dyrektor

##  FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**na usługi o wartości netto poniżej 30 000** €

zgodnie z art.26 ust. 4a i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z 2020r. , poz. 295 z późn. zm.) **ustawy nie stosuje się**

**Usługa transportu sanitarnego przez okres 12 miesięcy.**

**Znak sprawy 4-8/TS/14/20**

 /wypełnia składający ofertę/

Nazwa Wykonawcy1:

…………………………………………………………………………………………......…....

Adres /siedziba/ Wykonawcy

…………………………………………………………………………………………..........…

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

NIP ……………………………, REGON ……………….……, KRS …………….....………..

Tel......................................................................, Fax ……………………………….....……….

e-mail ..............................................................

Województwo ………………………………..

**Do:
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie**

**ul. Zjednoczenia 10**

**41-500 Chorzów**

1. Oferujemy wykonywanie usługi transportu sanitarnego przez okres 12 miesięcy za ceny :

# Pakiet nr 1

**Transport pacjentów z opieką medyczną średniego personelu medycznego (sanitariusz lub pielęgniarka).**

**Zamawiający wymaga posiadania na wyposażeniu pojazdu przenośnej butli tlenowej.**

 - koszt 1 km - .................. zł brutto

 - koszt 1 godziny dla:

* + kierowcy - .................. zł brutto
	+ sanitariusza - .................. zł brutto

Cena brutto 1 km x 6 000 ............................ + cena brutto 1godz. kierowcy x 300 .......................... .+ cena brutto 1 godz. sanitariusza x 300 ....................................... = **........................................ zł brutto**(słownie ..................................................................................................................................zł)

# Pakiet nr 2

**Transport pacjentów z kierowcą.**

**Zamawiający wymaga posiadania na wyposażeniu pojazdu przenośnej butli tlenowej .**

 - koszt 1 km - .................. zł brutto

 - koszt 1 godziny dla kierowcy - .................. zł brutto

Cena brutto 1 km x 3 000 .......................................... + cena brutto 1godz. kierowcy x 120 ........................................... = **.............................................. zł brutto**(słownie ........................................................................................................................................zł)

# Pakiet nr 3

**Transport pacjentów z zespołem lekarskim karetką "R" .**

Kwalifikacje personelu i zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882 z późn. zm.).

Wymagania dotyczące środka transportu zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006r.oPaństwowym Ratownictwie Medycznym.

**W stanach zagrożenia życia zespół transportowy wykonuje wszystkie niezbędne czynności łącznie z intubacją.**

**Zespół zobowiązuje się do wykonania intubacji w przypadku przewożenia pacjenta na OIOM.**

 - koszt 1 km - .............................zł brutto

 - koszt 1 godziny dla zespołu - ............................zł brutto w tym:

* + kierowca - ..................... zł brutto
	+ sanitariusz - .................. zł brutto
	+ lekarz - .......................... zł brutto

Cena brutto 1 km x 1 500 ................................ + cena brutto 1 godz. zespołu x 60 ............................ =  **.................................................. zł brutto**(słownie ......................................................................................................................................... zł)

# Pakiet nr 4

**Transport krwi i preparatów krwiopochodnych.**

* koszt 1 dostawy - ........................ zł brutto

Cena brutto 1 dostawy x 320 **= ........................................ zł brutto**

(słownie ..................................................................................................................... zł)

W PRZYPADKU OFEROWANIA TYLKO POJEDYNCZYCH PAKIETÓW POZOSTAŁE NALEŻY WYKREŚLIĆ.

**2. Oświadczamy, że proponowane ceny jednostkowe będą stałe przez cały czas trwania umowy.**

3. Termin płatności za wykonane usługi wynosi **........ dni** **(min.30 max 60)** licząc od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (okres rozrachunkowy- miesiąc).

4. Oświadczamy, że usługi będą realizowane z należytą starannością przez osoby posiadające wymagane uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, przy użyciu w pełni sprawnych środków transportu, dopuszczonych do użytku zgodnie z obowiązującymi przepisami i spełniających warunki dla pojazdów uprzywilejowanych.

5. Oświadczamy, że ponosimy odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu świadczeń w ramach zawartej umowy.

6. Oświadczamy, że dysponujemy następującymi środkami transportu:

 - karetki "R" (wymóg min.1 szt.) w ilości ............. szt.( uzupełnić w przypadku oferowania pakietu 3)

 - sanitarki w ilości (wymóg min.1 szt.) .................. szt. ( uzupełnić w przypadku oferowania pakietów
 1, 2 i 4).

7. Zatrudniamy personel:

 kierowcy ..................... (uzupełnić w przypadku oferowania pakietów nr 1,2,3 i 4 )

 sanitariusze/pielęgniarki : ................ (uzupełnić w przypadku oferowania pakietów nr 1 i 3)

 lekarze: ...................... (uzupełnić w przypadku oferowania pakietu nr 3)

8. Zobowiązujemy się do:

 - zapewnienia 24 godzinnej dyspozycyjności, tak w obsłudze jak i w przyjmowaniu zleceń
 telefonicznych oraz realizacji zadań przewozowych w sposób zaplanowany, uwzględniający ich
 łączenie,

 - podjęcia realizacji w dniu zgłoszenia, w czasie **do 45 min**., licząc od momentu zgłoszenia
 telefonicznie konieczności realizacji transportów nagłych, wymagających natychmiastowej
 realizacji, których Zamawiający nie był w stanie przewidzieć i zaplanować, tel. kontaktowy:
 ........................................................
 - zawarcia we własnym zakresie umowy od odpowiedzialności cywilnej w sprawie ogólnych
 warunków obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu
 przyjmującego zamówienia na świadczenie usługi transportu sanitarnego, za szkody wyrządzone
 przy udzielaniu tych świadczeń, na cały okres trwania umowy,

 - znajomości i przestrzegania przepisów określających prawa pacjenta i standardów udzielania
 świadczeń zdrowotnych,

 - transportowania krwi i jej preparatów w torbolodówkach z termometrami (zgodnie z przepisami
 Regionalnej Stacji Krwiodawstwa), będących na wyposażeniu samochodów Wykonawcy *(dotyczy
 pakietu nr 4).*

9. Oświadczamy, że:

* spełniamy warunki udziału w postępowaniu oraz przedstawiamy dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków,
* zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zaproszenia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
* zapoznaliśmy się z warunkami zaproszenia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
* postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane poprzez podpisanie projektu umowy,
który **wypełniony w wymaganych miejscach, załączamy do oferty,**
* związani jesteśmy ofertą do **16.01.2021 r.**
* otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty,
* w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie
i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego,
* wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu3.

10. Przyjmujemy do wiadomości, że zapytanie ofertowe może być unieważnione.

11. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon, Fax |  |
| Adres e-mail |  |

12. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Zaakceptowany wzór umowy – załącznik nr 1,
2. Podpisane oświadczenie – załącznik nr 2,
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

 d) Polisa ubezpieczeniaod odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności,
 w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29
 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U z 2019 r. poz. 866 z późn. zm.)

 e) .................................................

 dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

 w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

2 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

3 w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

 *Załącznik nr 1*

 - WZÓR -

**UMOWA**

zawarta w dniu………................. w Chorzowie pomiędzy

**Szpitalem Specjalistycznym w Chorzowie** przy ul. Zjednoczenia10, 41-500 Chorzów, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000050560**,** NIP: 6272323217, REGON:271503395, reprezentowany przez:

**Tomasza Pawlak - Dyrektor Szpitala**

zwanym dalej **„Zamawiającym”**

a

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

**z siedzibą w ..................................................................**

NIP ..................................... Regon ..................................... KRS ..............................

reprezentowanym przez:

 **................................................................. \***

zwanym dalej **„Wykonawcą”**

łącznie zwanymi Stronami albo każda z osobna Stroną

w związku z przepisami art. 26 ust. 4a i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) - w trybie pozaustawowym; **znak sprawy 4-8/TS/14/20**

o następującej treści:

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest usługa transportu sanitarnego, na rzecz pacjentów Zamawiającego, szczegółowo określona w pakietach nr ................... w formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy, zwana w dalszej części umowy przedmiotem umowy.
2. Wykonawca przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie przedmiotu umowy, określonego w załączniku nr 1 do niniejszej umowy, przez osoby o odpowiednich uprawnieniach
i kwalifikacjach przewidzianych w obowiązujących przepisach.
3. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wymienionych w ust. 1 umowy.
4. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte, w tym nieterminowe, wykonanie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wymienionych w ust. 1 umowy.

5. Miejscem rozpoczęcia transportu jest Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, ul. Zjednoczenia 10.

6. Transport liczony będzie od momentu przyjazdu na teren Szpitala Specjalistycznego
 w Chorzowie do momentu powrotu na jego teren.

**§ 2**

**Termin realizacji**

Przedmiot umowy będzie realizowany w terminie **12 miesięcy** od dnia jej zawarcia, tj. do dnia .................... (maksymalny termin obowiązywania umowy) lub do czasu wyczerpania się środków określonych w § 5 ust 1 umowy.

 **§ 3**

**Sposób i warunki realizacji**

1. Transport wykonywany będzie na trasie każdorazowo wskazanej w zleceniu lekarskim.
2. Wykonawca podejmuje realizację transportu na podstawie wystawionego przez Zamawiającego:
3. w przypadku pakietów nr 1, 2 i 3 „Zlecenia na przewiezienie chorego” zawierającego następujące dane:
4. pieczątkę oddziału zlecającego transport,
5. imię i nazwisko i wiek pacjenta,
6. datę i godzinę podjęcia zadania,
7. miejsce rozpoczęcia transportu,
8. miejsce przeznaczenia transportu,
9. pozycję pacjenta w czasie transportu,
10. konieczność zapewnienia opieki sanitariusza, pielęgniarki lub lekarza,
11. pieczątkę i podpis lekarza zlecającego transport,
12. pieczątkę i podpis Dyrektora Szpitala (nie dotyczy transportów realizowanych w godzinach od 15.00 do 08.00 w dniach roboczych oraz transportów w przypadkach nagłych i realizowanych w dniach wolnych od pracy),
13. w przypadku skierowania na konsultację – nazwisko lekarza konsultanta, a dla przyjęć
do szpitala - nazwisko lekarza, z którym ustalono miejsce dla pacjenta (nie dotyczy
przypadków nagłych);
14. w przypadku pakietu nr 4 „Zlecenia na przewiezienie krwi i preparatów krwiopochodnych”, zawierającego następujące dane:
15. pieczątkę oddziału zlecającego transport,
16. imię i nazwisko pacjenta,
17. datę i godzinę podjęcia zadania,
18. miejsce rozpoczęcia transportu,
19. miejsce przeznaczenia transportu,
20. pieczątkę i podpis lekarza zlecającego transport,
21. pieczątkę i podpis Dyrektora Szpitala (nie dotyczy transportów realizowanych w godzinach od 15.00 do 08.00 w dniach roboczych oraz transportów w przypadkach nagłych i realizowanych w dniach wolnych od pracy),
22. „ZAPOTRZEBOWANIE NA KREW I PREPARATY KRWIOPOCHODNE”
23. Zamawiający powiadomi Wykonawcę telefonicznie o zaplanowanych transportach najpóźniej na
12 godzin przed ich realizacją a „ZLECENIA NA PRZEWIEZIENIE” doręczy Wykonawcy
w momencie podjęcia przez niego transportu.
24. W przypadku transportów nagłych, wymagających natychmiastowej realizacji, których Zamawiający nie był w stanie przewidzieć i zaplanować Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia ich realizacji w dniu zgłoszenia **w czasie do 45 min.**, licząc od momentu zgłoszenia telefonicznego przez Zamawiającego.
25. Realizacja zleceń na transport winna być przez Wykonawcę dokładnie zaplanowana, uwzględniając możliwość ich łączenia.
26. W przypadku okresowego braku możliwości realizowania części przedmiotu umowy Wykonawca może zlecić jej wykonanie innym uprawnionym podmiotom. W takim przypadku Wykonawca za wykonaną usługę obciąży Zamawiającego kosztami wynikającymi z cen objętych niniejszą umową.
27. Wykonawca zobowiązuje się, że powierzenie wykonania usług, określonych w § 1umowy, osobom
 trzecim, nie będzie miało wpływu na jakość, terminowość i warunki wykonywania umowy.
28. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za usługi transportu sanitarnego wykonywane przez
 osoby trzecie.
29. Zamawiający pokryje koszty tzw. „pustych przejazdów”, kiedy wezwany ambulans dojedzie
do siedziby Zamawiającego, a w tym czasie Zamawiający zrezygnuje z transportu.
30. Ewentualne koszty leków zastosowanych u transportowanych pacjentów powinny być
wliczone w koszt transportu.
31. Osobą prowadzącą nadzór nad prawidłową realizacją postanowień umowy ze strony
 Zamawiającego jest **Pani Dorota Gmerczyńska, tel. kontaktowy 32 34 63 656, e-mail ............**
 Osobą prowadzącą nadzór nad prawidłową realizacją postanowień umowy ze strony Wykonawcy
 jest ....................................................... \***,** tel. kontaktowy ........................\* e-mail ........................\*
32. Zmiana wyżej wymienionych osób i danych nie wymaga aneksu do umowy i jest skuteczna
z chwilą pisemnego poinformowania drugiej strony. W przypadku braku powiadomienia uznaje się, że poprzednio wskazane osoby i dane są nadal aktualne.

**§ 4**

 **Obowiązki Stron**

1. Do obowiązków Zamawiającego należy dostarczenie każdorazowo zlecenia na przewiezienie,
 wypełnionego zgodnie z § 3 ust. 2 umowy.

2.Do obowiązków Wykonawcy należy :

1. utrzymanie stałych cen przez cały okres trwania umowy,
2. realizowanie usługi z należytą starannością przez osoby posiadające wymagane uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, przy użyciu w pełni sprawnych środków transportu, dopuszczonych do użytku zgodnie z obowiązującymi przepisami i spełniających warunki dla pojazdów uprzywilejowanych,
3. zapewnienie 24 godzinnej dyspozycyjności, tak w obsłudze jak i w przyjmowaniu zleceń
telefonicznych oraz realizacji zadań przewozowych w sposób zaplanowany,
4. znajomość i przestrzeganie przepisów określających prawa pacjenta i standardów udzielania świadczeń zdrowotnych,
5. właściwa opieka podczas transportu właściwej dla pacjenta-pasażera,
6. transportowanie krwi i preparatów krwiopochodnych w torbolodówkach z termometrami (dotyczy pakietu nr 4), zgodnie z przepisami Regionalnej Stacji Krwiodawstwa, będących na wyposażeniu samochodów Wykonawcy.
7. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy.
8. Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia we własnym zakresie umowy od odpowiedzialności cywilnej w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, na cały okres trwania umowy. W przypadku, gdy okres trwania umowy ubezpieczenia jest krótszy od okresu obowiązywania niniejszej umowy, Wykonawca obowiązany jest niezwłocznie lub w terminie do 3 dni przedstawić Zamawiającemu nową umowę ubezpieczenia na okres do końca trwania umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych,

 **§ 5**

 **Wynagrodzenie**

1. Wartość umowy, w oparciu o cennik przedstawiony w formularzu ofertowym ustala się do kwoty :

 ................................................................. zł brutto

 (słownie : ............................................................................................ zł) gdzie :

# Pakiet nr 1

 Transport pacjentów z opieką medyczną średniego personelu medycznego (sanitariusz lub

 pielęgniarka)

1. koszt 1 km - .................. zł brutto
2. koszt 1 godziny dla:
* kierowcy - .................. zł brutto
* sanitariusza - .................. zł brutto

Cena brutto 1 km x 6 000 ...................... + cena brutto 1godz. kierowcy x 300 ...................... .+ cena brutto 1 godz. sanitariusza x 300 ................................... = **...................... zł brutto**(słownie ...............................................................................................................zł)

#  Pakiet nr 2

 Transport pacjentów z kierowcą

1. koszt 1 km - .................. zł brutto
2. koszt 1 godziny dla kierowcy - .................. zł brutto

 Cena brutto 1 km x 3 000 ........................ + cena brutto 1godz. kierowcy x 120 ............................ =

 **................................ zł brutto** (słownie ..............................................................................................zł)

# Pakiet nr 3

 Transport pacjentów z zespołem lekarskim karetką "R"

1. koszt 1 km - .............................zł brutto
2. koszt 1 godziny dla zespołu - ............................zł brutto, w tym:
* kierowcy - ..................... zł brutto
* sanitariusza - .................. zł brutto
* lekarza - ..................... zł brutto

 Cena brutto 1 km x 1 500 ....................... + cena brutto 1 godz. zespołu x 60 ................................. =

 **...................................... zł brutto** (słownie ................................................................................... zł)

# Pakiet nr 4

 Transport krwi i preparatów krwiopochodnych

* koszt 1 dostawy - .................... zł brutto

 Cena brutto 1 dostawy x 320 = **............................... zł brutto**

 (słownie ...................................................................... zł).

2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość niepełnego wykorzystania limitów kilometrów oraz godzin
 pracy kierowcy, sanitariusza i lekarzy, określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu.

 3. Rozliczenia będą przeprowadzane zgodnie z § 6 niniejszej umowy.

**§ 6**

**Warunki płatności**

1. Strony ustalają, że rozliczenie za wykonane przedmiotu umowy odbywać się będzie w okresach
 miesięcznych.
2. Należność za faktyczną ilość zrealizowanego Przedmiotu umowy regulowana będzie w oparciu
 o przedstawioną w terminie do 7-go dnia każdego następnego miesiąca fakturę VAT przelewem na

 konto Wykonawcy w terminie **............dni (min. 30 max 60),** licząc od dnia otrzymania przez
 Zamawiającego prawidłowo wystawionej pod względem formalnym i merytorycznym faktury
 VAT.

1. Wykonawca do każdej faktury zobowiązany jest dołączyć wykaz wykonanych zleceń, o których
 mowa w § 3 umowy, z podaniem dla każdego zlecenia czasu trwania usługi i wykonanych
 kilometrów oraz nazwisko lekarza zlecającego.
2. Wykonawca oświadcza, że jest płatnikiem podatku VAT.
3. Wykonawca zapewnia, iż wskazany przez niego rachunek bankowy właściwy do dokonania
płatności za niniejsza umowę jest rachunkiem znajdującym się w wykazie podmiotów, o którym
mowa w art. 96b ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (j.t. Dz. U.
2020 r. poz. 106 z późn. zm.).
4. W przypadku gdy rachunek bankowy zostanie zmieniony lub wykreślony z wykazu, o którym mowa w ust. 5 Wykonawca niezwłocznie (nie później niż 1 dzień po dokonaniu zmiany lub wykreśleniu) powiadamia o tym fakcie Zamawiającego podając aktualny rachunek bankowy znajdujący się w wykazie.
5. Za datę płatności uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
6. Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, a koszty obsługi bankowej powstałe w banku Wykonawcy pokrywa Wykonawca.

 **§ 7**

**Kary umowne i odstąpienie od umowy**

1. Strony ustanawiają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy
w formie kar umownych.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
	1. za opóźnienie w wykonaniu przedmiotu umowy w wysokości 0,1 % wartości umowy brutto, określonej w § 5 ust.1 umowy, za każdą godzinę opóźnienia w stosunku do ustalonej godziny transportu,
	2. za każdy przypadek niewykonania lub niezgodnego z umową i zleceniem obsadzenia transportu w wysokości 0,1 % wartości umowy brutto, określonej w § 5 ust.1 umowy,
	3. z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy
	w wysokości 10% wartości umowy brutto, określonego w § 5 ust.1 umowy.
3. Zamawiający może dochodzić na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym odszkodowania za szkodę, której wysokość przekracza zastrzeżone kary umowne.
4. Zamawiający może odstąpić od umowy w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie Zamawiającego, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, zawiadamiając o tym Wykonawcę na piśmie w terminie 14 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
5. W wypadku określonym w ust. 4 postanowienia o karze umownej nie mają zastosowania.

7. Zamawiający może rozwiązać umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia
 w przypadku niedotrzymywania przez Wykonawcę terminów określonych w § 2 niniejszej
 umowy.

8. W przypadku o którym mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu Wykonawca może żądać wyłącznie
 wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

9. Zamawiający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku

 nieprzedłożenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy przez Wykonawcę, umowy
 ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej o której mowa w § 4 ust. 4 niniejszej umowy.

10. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu
 wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca. Wypowiedzenie każda ze stron dokonuje na

 piśmie i przekazuje je listem poleconym lub dowodem przyjęcia.

**§ 8**

**Poufność i dane osobowe**

Wykonawca zobowiązuje się do nieujawniania jakichkolwiek informacji związanych z zawarciem
i treścią niniejszej umowy, jak również jakichkolwiek informacji uzyskanych w toku wykonania niniejszej umowy.

1. Strony zobowiązują się do ochrony danych osobowych udostępnionych wzajemnie w związku z wykonywaniem umowy, w tym do stosowania organizacyjnych i technicznych środków ochrony danych osobowych przetwarzanych w systemach informatycznych zgodnie przepisami prawa, a w szczególności z ustawą o ochronie danych osobowych oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
2. Strony zobowiązują się do stosowania wytycznych lub interpretacji, wydanych przez polski organ nadzoru lub unijny organ doradczy zajmujący się ochroną danych osobowych dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych.
3. Strony oświadczają, że pracownicy posiadający dostęp do danych osobowych przedstawicieli stron umowy znają przepisy dotyczące ochrony danych osobowych oraz posiadają stosowne upoważnienia uprawniające do przetwarzania danych osobowych.
4. Strony oświadczają, że dane osobowe ich przedstawicieli uzyskane w związku z realizacją umowy, zostaną wykorzystane wyłącznie w celu realizacji jej przedmiotu i tak długo jak jest to niezbędne do jej wykonania.

**§ 9**

**Zmiana treści umowy**

Wszelkie zmiany treści umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 10**

**Cesja wierzytelności**

Wykonawca, pod rygorem nieważności, nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających
z niniejszej umowy bez pisemnej zgody Zamawiającego.

**§ 11**

**Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy - Kodeks cywilny.
2. Wszelkie ewentualne spory związane z realizacją umowy rozstrzyga sąd właściwy miejscowo dla Zamawiającego.
3. Strony ustalają następujące adresy do doręczeń dla celów związanych z niniejszą umową:

– Zamawiający: ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

– Wykonawca: ................................... \*

1. Każda ze Stron zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadamiania drugiej Strony o wszelkich zmianach adresów do doręczeń pod rygorem uznania doręczenia na ostatni wskazany adres do doręczeń za skuteczne.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Integralną cześć umowy stanowi załącznik nr 1 - Formularz ofertowy.

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

 ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

.........................................................\*

 Akceptuję

\*proszę uzupełnić

##

##  *Załącznik nr 2*

 *(pieczęć Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie pozaustawowym, zgodnie z art.26
ust. 4a i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U.
z 2020 r. , poz. 295 z późn. zm.) na Usługę transportu sanitarnego, przez okres 12 miesięcy, znak sprawy: 4-8/TS/14/20**

Ja niżej podpisany

…………………………………………………………………………………………………..

*(podać imię nazwisko)*

działając w imieniu i na rzecz

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

Oświadczam, że spełniam określone przez Zamawiającego, warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie pozaustawowym na **Usługę transportu sanitarnego, przez okres 12 miesięcy. Znak sprawy: 4-8/TS/14/20.**

....................................... dn. ......................... .......................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy