*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1/4*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OFERTA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Forma prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………..

Adres: …………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………… Faks: ………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………. REGON: ………………………………………..

Wpisany do rejestru przesiębiorcówc pod nr KRS …………………. / CEDIG ………………..

Osoba uprawniona do reprezentacji wykonawcy: ……………………………………….

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy……………………….tel nr……………………………

*(w przypadku składani oferty wspólnej należy wpisać dane pełnomocnika „lidera” upoważnionego do wystepowania w imieniu pozostałych konsorcjantów)*

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?                 □ TAK\*                □  NIE\*
                                                                                                    \* UWAGA! należy zaznaczyć właściwe

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest świadczenie usług transportu sanitarnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 3/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

1. Termin realizacji zamówienia:

Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia umowy

1. Oświadczamy, iż zapewniamy nadzór merytoryczny prawidłowego funkcjonowania zespołu oraz zachowania tajemnicy medycznej, realizację zleconego transportu najkrótszą trasą, w możliwie najkrótszym czasie oraz przestrzegania przepisów wewnętrznych Zamawiającego
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia - 30 dni.
4. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
5. Zamierzamy powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia: \*:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) i adresy podwykonawców | Zakres rzeczowy |
|  |  |

.......................................... *dn*. ........................

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

 *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 2/4*

**OFERTA**

1. Oświadczamy, że informacje zamieszczone na następujących stronach: ………….…… nie mogą być udostępniane\*.

W załączeniu Wykonawca zobowiązany jest wykazać i uzasadnić, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w szczególności określając w jaki sposób zostały łącznie spełnione przesłanki, o których mowa w ww. ustawie.

1. Poniżej podajemy dane kontaktowe dla potrzeb niniejszego postępowania.

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………….

Osoba uprawniona do kontaktu w sprawie niniejszego postępowania:

Pan/Pani ………………………………………………………………………………...……......

Nr tel. ……………………., fax: …….……..……… adres e-mail: ………….…………………

\* wypełnić jeżeli dotyczy

Ofertę niniejszą składamy na ................ kolejno ponumerowanych stronach.

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 3/4*

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

 *Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

 Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie usług transportu sanitarnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 3/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

**Pakiet I – TRANSPORT SANITARNY Z ZESPOŁEM SPECJALISTYCZNYM, W SKŁAD KTÓREGO WCHODZĄ CO NAJMNIEJ TRZY OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH, W TYM LEKARZ SYSTEMU ORAZ PIELĘGNIARKA LUB RATOWNIK MEDYCZNY \***

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu I za łączną cenę:

 kwota: słownie:

 cena netto: .................................... ..........................................................................

 kwota VAT: .................................... ..........................................................................

 cena brutto: .................................... ..........................................................................

 zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/I do SIWZ.

* + 1. Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo
		 wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 30 dni) w zakresie pakietu I
		2. Oświadczamy, że posiadamy środki transportu przystosowane do realizacji zamówienia
		w zakresie pakietu I zarejestrowane na naszą firmę (bez podwykonawstwa) w ilości …………. sztuk (dotyczy transportu sanitarnego z zespołem specjalistycznym)

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

\* wypełnić jeżeli dotyczy

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 4/4*

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

 *Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

 Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie usług transportu sanitarnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 3/PN/DEG/AS/2020 na warunkach jak niżej:

**Pakiet II – TRANSPORT SANITARNY Z ZESPOŁEM PODSTAWOWYM, W SKŁAD KTÓREGO WCHODZĄ CO NAJMNIEJ DWIE OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH, W TYM PIELĘGNIARKA SYSTEMU LUB RATOWNIK MEDYCZNY \***

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu II za łączną cenę:

 kwota: słownie:

 cena netto: .................................... ..........................................................................

 kwota VAT: .................................... ..........................................................................

 cena brutto: .................................... ..........................................................................

 zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/II do SIWZ.

* + 1. Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo
		 wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 30 dni) w zakresie pakietu II
		2. Oświadczamy, że posiadamy środki transportu przystosowane do realizacji zamówienia
		w zakresie pakietu II zarejestrowane na naszą firmę (bez podwykonawstwa) w ilości …………. sztuk (dotyczy transportu sanitarnego z zespołem podstawowym)

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

\* wypełnić jeżeli dotyczy

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I**

**TRANSPORT SANITARNY Z ZESPOŁEM SPECJALISTYCZNYM, W SKŁAD KTÓREGO WCHODZĄ CO NAJMNIEJ TRZY OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH, W TYM LEKARZ SYSTEMU ORAZ PIELĘGNIARKA LUB RATOWNIK MEDYCZNY \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny | 7 000 km |  |  |
| 200 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

*...................................... dn. .......................*

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/II*** *do SIWZ*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II**

**TRANSPORT SANITARNY Z ZESPOŁEM PODSTAWOWYM, W SKŁAD KTÓREGO WCHODZĄ CO NAJMNIEJ DWIE OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH, W TYM PIELĘGNIARKA SYSTEMU LUB RATOWNIK MEDYCZNY \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem podstawowym, w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny | 12 900 km |  |  |
| 360 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

*...................................... dn. .......................*

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***3*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**OKREŚLONYCH W ART. 22 UST. 1B PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**3/PN/DEG/AS/2020**

**Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego
w Rozdziale III pkt 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

  *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

  *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***4*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 1 PKT 12-23 PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**3/PN/DEG/AS/2020**

**Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

##  *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 Pzp lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………………

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

##  *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

##  *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***5*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

. **OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**3/PN/DEG/AS/2020**

**Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp, mając na uwadze treść art. 24 ust. 11 Pzp oświadczam, że:

1. **nie należę**do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia
2. **należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia

Należę do grupy kapitałowej w skład której wchodzą:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer oferty | Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres Wykonawcy (podmiotu) należącego do tej samej grupy kapitałowej |
|  |  |
|  |  |

*/Wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia/*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\* Niepotrzebne skreślić.

...................................... *dn.* ........................

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

 *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

***UWAGA!*** *Niniejsze oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp*

*Załącznik nr* ***6*** *do SIWZ*

 *pieczęć Wykonawcy*

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

 **które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

**3/PN/DEG/AS/2020**

**Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa środka transportu**marka**typ* | *Rok produkcji**(nie wcześniejszy niż 2010)* | *Informacja o podstawie do dysponowania środkiem transportu* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ........ |  |  |  |

**UWAGA!**

Zgodnie z zapisami SIWZ rozdz. III pkt. 1 tiret 3 ppkt c). Zamawiający wymaga do realizacji przedmiotowego zamówienia posiadania **co najmniej 2** środków transportu przystosowanych do przewozu 2 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach, posiadającymi wyposażenie przewidziane dla ambulansów z zespołem podstawowym (dotyczy pakietu II) oraz **co najmniej 2** środków transportu przystosowanych do przewozu 2 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach posiadającymi specjalistyczne wyposażenie przewidziane dla ambulansów z zespołem specjalistycznym (dotyczy pakietu I) W przypadku złożenia oferty w zakresie obydwu pakietów należy łącznie spełnić powyższy warunek.

Jeżeli Wykonawca w powyższym wykazie (w ostatniej kolumnie) wskazał jakiś środek transportu, którymi
nie dysponuje, ale będzie dysponował, wówczas musi załączyć do oferty pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia tych środków transportu.

**Jednocześnie oświadczam/amy,** że wymienione w wykazie środki transportusanitarnego są sprawne technicznie oraz spełniają warunki dodatkowe dla pojazdów uprzywilejowanych określonych szczegółowo w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2022 z późn. zm.) oraz wymagania sanitarne i techniczne opisane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.). Pojazd bezwzględnie powinien być wyposażony w środki łączności tj. telefon komórkowy, umożliwiający ciągły, nieprzerwany kontakt z kierowcą.

*.......................................... dn. .......................*

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

 *pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***7*** *do SIWZ*

**P R O J E K T U M O W Y**

**UMOWA NR ................................**

W dniu ........................ w Toszku pomiędzy SP ZOZ Szpitalem Psychiatrycznym
z siedzibą w Toszku przy ul. Gliwickiej 5 NIP: 9690946632, zwanym w treści umowy Zleceniodawcą
w imieniu i na rzecz którego działają:

1. dr n. med. Anna Rusek - Dyrektor Szpitala
2. inż. Erwin Janysek - Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych

działającym na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego nr KRS 0000044032 wydanego przez Sąd Rejonowy Wydział X Gospodarczy w Gliwicach, a:

........................................................................................................................................... z siedzibą
w ............................................. przy ul. ......................................................................., zwanym dalej w treści umowy Zleceniobiorcą, który jest reprezentowany przez :

1. ................................................................
2. ................................................................

działającym na podstawie: .............................................................................................wydanego przez:................................................................................................................ zawarto umowę treści następującej:

 1

Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1843).

 2

1. Przedmiot zamówienia obejmuje **transport sanitarny pacjentów SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**, dostępna 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, na wezwanie Zamawiającego **w zakresie transportu sanitarnego** w zakresie pakietu:
2. */pakiet I/* Zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny
3. */pakiet II/* Zespoły podstawowe, w skład których wchodza co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny

za łączną cenę:

 kwota: słownie:

 .............................................. zł ...................................................................................

 zgodnie z zakresem przedstawionym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia
 nr 3/PN/DEG/AS/2020 złożoną ofertą oraz z uszczegółowieniem poniżej:

*/pakiet I/*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny | 7 000 km |  |  |
| 200 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

*/pakiet II/*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem podstawowym, w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny | 12 900 km |  |  |
| 360 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: art. 43 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 11 marca 2004 r.
o podatku od towarów i usług (tekst jednolity Dz.U. 2020 poz. 106).

 3

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania usług w zakresie transportu sanitarnego zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń na warunkach określonych niniejszą umową.

Transport sanitarny zlecany będzie w systemie całodobowym, wliczając w to soboty, niedziele oraz święta.

Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniodawca zobowiązuje się płacić Zleceniobiorcy należności za faktyczną ilość przejechanych kilometrów oraz za rzeczywisty czas realizacji usługi.

 4

1. Wykorzystane środki transportu sanitarnego muszą spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 2022 z późn. zm.) oraz wymagania opisane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), właściwie oznakowane, wyposażone w odpowiedni sprzęt zgodnie z obowiązującymi przepisami (Polskie Normy przenoszące europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Rok produkcji pojazdu nie wcześniejszy niż 2010.
2. W skład zespołów, o których mowa w pkt 1.1., wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa wart. 106  ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 341).
3. Osoby wykonujące usługę powinny posiadać odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe.
4. Czas świadczenia (godzina) oraz odległość (km) przebyta przez karetkę liczona jest od momentu wyjazdu zespołu z miejsca stacjonowania do momentu jego powrotu.

Zleceniobiorca wskazuje następujące miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa (adres, rodzaj zespołu, odległość w km od siedziby Zleceniodawcy)

…………………………………….........

…………………………………….........

1. W ramach usługi transportu sanitarnego z zespołem podstawowym*(dotyczy pakietu II),* w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny Zleceniobiorca zobowiązany jest do:
* Odbioru pacjenta z oddziału/poradni oraz doprowadzenia lub ewentualnego zniesienia do miejsca wskazanego przez Zleceniodawcę,
* Transportu do i z badań oraz poradni na terenie Szpitala oraz poza terenem (pracownie TK, konsultacje diagnostyczne, odwóz do miejsca zamieszkania, itp.)
* Pomocy pacjentom w czasie transportu
* W szczególnych przypadkach usługa transportu może obejmować przewóz materiałów biologicznych i innych materiałów wykorzystywanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz przekazywanie dokumentacji medycznej.
1. W ramach usługi transportu sanitarnego z zespołem specjalistycznym *(dotyczy pakietu I),* w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny Zleceniobiorca zobowiązany jest do:
* Nadzorowania pacjenta od momentu przekazania do transportu.
* Zbadania zabezpieczenia pacjenta, prowadzenia akcji reanimacyjnej i odpowiedniego wdrożenia leczenia w zależności od stanu pacjenta w trakcie przewozu pacjenta do wskazanego szpitala..
* Przetransportowania pacjenta do miejsca wskazanego w zleceniu a w stanie zagrożenia życia do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego.
1. Maksymalny czas oczekiwania liczony od momentu zgłoszenia do przyjazdu na miejsce wskazane przez Zleceniodawcę powinien wynosić:

*w zakresie pakietu I* – 90 minut

*w zakresie pakietu II* – 120 minut

1. Pojazd bezwzględnie powinien być wyposażony w środki łączności, tj. telefon komórkowy, umożliwiający ciągły, nieprzerwany kontakt z kierowcą.
2. W przypadku braku dostępności pojazdu (awaria, przegląd itp.) uniemożliwiającej wykonanie usługi Zleceniobiorca zobowiązany jest zapewnić transport zastępczy. Zastępczy środek transportu musi spełniać wymogi Zleceniodawcy wskazane w SIWZ. Rok produkcji samochodu zastępczego nie może być wcześniejszy niż najstarszego pojazdu wskazanego w ofercie i dołączonym do niej Wykazie środków transportu, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Zleceniobiorca oświadcza, iż zapewnia nadzór merytoryczny prawidłowego funkcjonowania zespołu oraz zachowania tajemnicy medycznej, realizację zleconego transportu najkrótszą trasą, w możliwie najkrótszym czasie oraz przestrzegania przepisów wewnętrznych Zleceniodawcy.
4. Zleceniobiorca w trakcie świadczenia usługi transportowej ponosi pełną odpowiedzialność cywilną za szkody przewozowe, za powierzonego pacjenta lub materiały biologiczne i inne materiały, które zostały mu przekazane oraz za szkody wynikłe w przebiegu leczenia (dotyczy usługi transportu sanitarnego z zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny).
5. W przypadku, gdy okaże się, że stan pacjenta nie pozwala na realizację zlecenia nie z winy Zleceniobiorcy nie będzie naliczana kara.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych przez Zleceniodawcę danych osobowych pacjentów zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i zachowania poufności w tym zakresie.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych i z tego tytułu ponosił będzie pełną odpowiedzialność przed służbami sanitarno-epidemiologicznymi.

 5

1. Zleceniobiorca oświadcza, że ….. % zakresu usług objętych niniejszą umową wykona nakładem własnym (bez podwykonawstwa).
2. Zleceniobiorca zrealizuje siłami własnymi następujący zakres: ..............................................................................................................................................................
3. Zleceniobiorca zrealizuje przy pomocy Podwykonawców następującą część zamówienia (podać nazwę Podwykonawcy wraz z adresem oraz zakres): .............................................................................................................................................................................................................................................*/ust. 5 i 6 umowy w zależności od deklaracji Wykonawcy złożonej w formularzu Oferta stanowiącego załącznik nr 1 do SIWZ/.*
4. W przypadku zaprzestania wykonywania Umowy przez …………… (*nazwa podmiotu trzeciego*) z jakichkolwiek przyczyn w powyższym zakresie, Zleceniobiorca będzie zobowiązany do zastąpienia tego podmiotu innym podmiotem, posiadającym zasoby co najmniej takie jak te, które stanowiły podstawę wykazania spełniania przez Zleceniobiorcę warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego przy udziale podmiotu trzeciego, po uprzednim uzyskaniu zgody Zleceniodawcy.
5. Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby Zleceniobiorca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, Zleceniobiorca jest obowiązany wykazać Zleceniodawcy, że proponowany inny podwykonawca lub Zleceniobiorca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na którego zasoby Zleceniobiorca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.
6. Jeżeli Zleceniodawca stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Zleceniobiorca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować z powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy.
7. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Zleceniobiorcy
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.
8. Zleceniodawca nie dopuszcza możliwości uczestnictwa w realizacji umowy przez dalszych Podwykonawców.

 6

* + - 1. Zleceniodawca zamawia usługę transportową telefonicznie u dyspozytora (nr telefonu……………..) najpóźniej 24 godziny przed planowanym transportem, (nie dotyczy stanów nagłych) natomiast zlecenie lekarskie musi być przekazywane w momencie zgłoszenia się zespołu Pogotowia Ratunkowego w miejscu rozpoczęcia transportu.

 7

Zleceniobiorca zobowiązuje się poddać kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jednolity Dz. U. 2019 r. poz. 1373) w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Zleceniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i podmiotów, szczególnie w zakresie wykonania usługi, drogi związanej z wykonaniem usługi oraz interwencji medycznej w czasie wykonywania transportu.

Zleceniobiorca zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń lekarskich zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 2190) oraz do utrzymania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń lekarskich określonych w niniejszej umowie solidarnie ze Zleceniodawcą wg zasad określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 2190).

 8

1. Ze strony Zleceniodawcy osobą odpowiedzialną za realizację niniejszej umowy jest ……………… .
2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Zleceniobiorcy jest ........................................ .
3. Dokumentem potwierdzającym wykonanie usługi jest faktura, potwierdzona przez uprawnionego przedstawiciela Zleceniodawcy.
4. Rozliczenie za wykonane usługi transportowe odbywać się będzie w okresach miesięcznych.
5. Za wykonane usługi transportowe Zleceniobiorca wystawi fakturę do 7 dnia danego miesiąca za miesiąc poprzedni.
6. Zleceniobiorca do każdej faktury zobowiązany jest dołączyć wykaz wykonanych zleceń z podaniem dla każdego transportu czasu trwania usługi i wykonanych kilometrów.
7. Zleceniodawca będzie dokonywał zapłaty przelewem w terminie ……… dni (min. 14 dni, max. 30 dni) od daty doręczenia kompletnej i prawidłowo wystawionej faktury pod ustalony przez strony adres, na konto wskazane na fakturze.
8. W przypadku zwłoki w płatnościach Zleceniobiorcy nie przysługuje prawo do wstrzymania usług świadczonych na rzecz Zleceniodawcy.

 9

1. Umowa obowiązuje na czas określony 12 miesięcy, tj. od dnia ......................... do dnia ...................... r.
2. Umowa wygasa z upływem czasu, na który została zawarta.

 10

* 1. Zakazuje się dokonywania istotnych zmian postanowień zawartej umowy, za wyjątkiem:
1. zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto,
2. zmiany danych Wykonawcy (np. wynikających z przekształceń, przejęć, zmiany adresu siedziby itp.)
3. zmiany w okresie obowiązywania Umowy przepisów regulujących realizację usług objętych Umową - w takim wypadku zmiany Umowy będą mogły dotyczyć sposobu realizacji usług, w szczególności wymogów dotyczących składu personelu, środków transportu i ich wyposażenia, itp.
4. Zmiany ceny jednostkowej za 1 km w następujący sposób:

Jeżeli wzrost cen paliw nastąpi na poziomie wyższym niż 5% (na podstawie komunikatu PKN „Orlen”) wówczas Zleceniobiorcy przysługiwać będzie podwyżka ceny jednostkowej na 1 km ze wskaźnikiem 0,025 zł/km. Zleceniobiorca każdorazowo winien wystąpić o rewaloryzację ceny usługi z wykazaniem podstaw wzrostu cen paliw.

* 1. Zmiany i uzupełnienia do umowy, o których mowa w ust. 1, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
	2. Ceny jednostkowe przedmiotu umowy określone przez Zleceniobiorcę zostaną ustalone na okres ważności umowy i nie będą podlegały zmianom.

 11

1. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:
2. nieterminowego wykonywania usług transportowych,
3. utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień do realizacji przedmiotu umowy,
4. rażącego naruszenia warunków niniejszej umowy, szczególnie w przypadku braku zapewnienia ciągłości całodobowych świadczeń.
5. Umowa może ulec rozwiązaniu przez Zleceniobiorcę w przypadku zaległości Zleceniodawcy
w płatnościach za wykonanie umowy za trzy kolejne pełne okresy płatności.

 12

1. W przypadku nieprawidłowego lub nienależytego wykonywania umowy, z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, Zleceniodawca może nałożyć na Zleceniobiorcę karę umowną w wysokości 0,1 % kwoty należności wynikającej z umowy za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

* 1. udzielania świadczeń w sposób i na warunkach nie odpowiadających wymogom określonym
	w obowiązujących przepisach i w umowie,
	2. nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
	3. udaremniania kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
	4. pobierania nienależnych opłat od pacjentów za usługi będące przedmiotem umowy,
1. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy karę umowną:
	* za odstąpienie od umowy przez Zleceniobiorcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Zleceniodawca – w wysokości 0,1 % wynagrodzenia umownego za niezrealizowaną część umowy.
2. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody na zasadach art. 471 Kodeksu Cywilnego oraz odszkodowania na zasadach ogólnych z tytułów innych, niż wymienione w ust. 1 i 2.

 13

Zleceniobiorca bez pisemnej zgody Zleceniodawcy nie ma prawa dokonywać obrotu wierzytelnościami wynikającymi z niniejszej umowy.

 14

W przypadku zlecenia części zamówienia podwykonawcom, stronami umowy pozostają Zleceniobiorca
i Zleceniodawca. Rozliczenia pomiędzy Zleceniobiorcą i podwykonawcą pozostają w gestii Zleceniobiorcy.

 15

1. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mieć będą przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych oraz w sprawach procesowych przepisy Kodeksu Postępowania Cywilnego.
2. Ewentualne spory, powstałe na tle wykonania przedmiotu umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwych rzeczowo sądów powszechnych.

 16

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (dalej: Rozporządzenie) informujemy, iż:
2. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, działający pod adresem 44-180 Toszek, ul. Gliwicka 5, którego akta rejestrowej przechowuje Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000044032, REGON: 000293114, NIP: 9690946632 (dalej: Szpital Psychiatryczny w Toszku), email: info@szpitaltoszek.pl, [www.szpitaltoszek.pl](http://www.szpitaltoszek.pl);
3. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych Pani dr n. med. Anna Rusek z którą można skontaktować się poprzez email: daneosobowe@szpitaltoszek.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr 3/PN/DEG/AS/2020 - Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

Oznacza to, że dane będą przetwarzane:

* + 1. W szczególności w celach związanych z udostępnieniem dokumentacji postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych,
		2. Obowiązek przetwarzania przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowych określonych w przepisach PZP związanych z udziałem zamówienia publicznego.

Podstawowymi aktami prawnymi przetwarzania danych osobowych są:

* Obowiązek prawny ciążący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679),
* Wykonanie zobowiązania umownego (art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679).
1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawnione osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz operatorowi pocztowemu lub kurierowi. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Szpitala Psychiatrycznego.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu (wobec przetwarzania w zakresie celów obojętnych prawnie uzasadnionym interesem administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

 16

Umowa została sporządzona w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Zleceniobiorcy
i dwa egzemplarze dla Zleceniodawcy.

 Zleceniobiorca: Zleceniodawca:

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