



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Puławy, 13.12.2024 r.

DZP.26.135.2024

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 64/2024

1. Opis przedmiotu zamówienia: Świadczenie usług transportowych samochodem osobowym:

- przewóz lekarza do chorego i z powrotem na wezwanie telefoniczne z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Puławach , ul. Bema 1, 24-100 Puławy w dni powszednie w godzinach 18:00 do 08:00 dnia następnego i całodobowo w soboty, niedziele i święta.
- przewóz pielęgniarki z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego w Puławach , ul. Bema 1, 24-100 Puławy do pacjentów w soboty, niedziele i święta w godzinach 07:00 do 19:00, w wyjątkowych sytuacjach do 21:00
- przewóz pacjentek ciężarnych z terenu powiatu puławskiego z bólami porodowymi do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Szpitala Specjalistycznego w Puławach ,ul. Bema 1 – całodobowo we wszystkie dni

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: 01.01.2025 – 31.12.2025 r.

3. Przy wyborze oferty do realizacji Zamawiający będzie kierował się kryterium: Cena -100%

4. Wykluczenie z postępowania.

a. Na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania wyklucza się:

1. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy;

3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 Ustawy.

b. Wykluczenie następuje na okres trwania okoliczności określonych w ust. 1 Ustawy.

c. W przypadku wykonawcy lub uczestnika konkursu wykluczonego na podstawie ust. 1 Ustawy, zamawiający odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielnie



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

zamówienia publicznego lub ofertę takiego wykonawcy lub uczestnika konkursu, nie zaprasza go do złożenia oferty wstępnej, oferty podlegającej negocjacom, oferty dodatkowej, oferty lub oferty ostatecznej, nie zaprasza go do negocjacji lub dialogu, a także nie prowadzi z takim wykonawcą negocjacji lub dialogu, odrzuca wniosek o dopuszczenie do udziału w konkursie, nie zaprasza do złożenia pracy konkursowej lub nie przeprowadza oceny pracy konkursowej, odpowiednio do trybu stosowanego do udzielenia zamówienia publicznego oraz etapu prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

5. Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

- a. aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- b. formularz oferty wg załączonego wzoru – zał. nr 1
- c. opis przedmiotu zamówienia wraz z formularzem cenowym - zał. nr 2
- d. oświadczenie RODO - zał. nr 3
- e. parafowany projekt umowy – zał. nr 4

6. Opis sposobu obliczenia ceny w składanej ofercie:

- a. cena powinna zawierać:
 - wartość dostawy/usługi/roboty budowlanej* określoną w oparciu o przedmiot zamówienia,
 - obowiązujący podatek od towarów i usług VAT,
- Płatność przelewem w terminie 30 dni.

7. Opis sposobu przygotowania oferty:

- a. ofertę należy złożyć w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie,
- b. cena podana w złożonej ofercie ma być podana cyfrowo i słownie. Oferta cenowa winna być sporządzona wyłącznie w języku polskim i musi obejmować całość zamówienia. Formularz należy wypełnić czytelną i trwałą techniką.

8. Miejsce i termin złożenia oferty:

- a. ofertę należy złożyć w terminie do dnia **23.12.2024 r., do godz. 08:00** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy I piętro, Sekretariat lub na adres e-mail zp@szpitalpulawy.pl
- b. oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostanie wykonawcy zwrócona bez otwierania na jego żądanie lub po upływie 60 dni od złożenia zniszczona.

9. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **23.12.2024 r. o godz. 08:15** w siedzibie Zamawiającego, budynek administracyjny, ul. Bema 1, Puławy, parter, pokój nr 5. [**zp@szpitalpulawy.pl**](mailto:zp@szpitalpulawy.pl)

Formularz ofertowy wraz z załącznikami podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym w formie PAdES typ wewnętrzny (w przypadku ofert przesłanych drogą e-mail).

10. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

- a. w sprawie przedmiotu zamówienia – Sebastian Wawer, tel. 81 45 02 239
- b. w sprawie procedury – Honorata Zgierska-Skomra zp@szpitalpulawy.pl, tel. 81 450 23 89.

11. Gwarancja: nie dotyczy



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

12. Termin związania z ofertą: 30 dni

13. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie, bez podania przyczyny.

p.o. DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach

.....
[data i podpis Zamawiającego]



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 1

.....
.....
.....
(pieczętka/nazwa Wykonawcy i adres, adres email, nr telefonu)

OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Świadczenie usług transportowych samochodem osobowym.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: zł.
podatek VAT: zł.
cenę brutto: zł (słownie: złotych)

Przy poniżej podanych stawkach:

a) zabezpieczenie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w okresie 12 miesięcy – 22 000 km.

b) transport osobowy pacjentki ciężarnej z bólami porodowymi w okresie 12 miesięcy:

- 1 – na terenie miasta Puławy – 6 wezwania
- 2 – na terenie gminy Puławy innym niż określony w pkt powyżej – 6 wezwania
- 3 – na terenie powiatu Puławskiego, innym niż określony pkt 1 i 2 powyżej – 6 wezwania

L.p	Rodzaj usługi	Ilość	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1	Nocna i świąteczna opieka lekarska, wyj. op. piel.	22 000 km		
2	Transport miasto Puławy	6 wez.		
3	Transport gmina Puławy	6 wez.		
4	Transport powiat Puławski	6 wez.		
X	RAZEM	X	X	

Telefoniczne zgłoszenia transportu przekazywane Wykonawcy przez Zamawiającego dokonywane będą na numer telefonu komórkowego, tel. stacjonarny, w przypadku awarii centrali na numer telefonu komórkowego

Termin realizacji zamówienia: 01.01.2025 – 31.12.2025 r.

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak .



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Gwarancja:

Termin związania z ofertą: 30 dni

Warunki płatności: przelew 30 dni.

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli stanowiącej Zał. Nr 3 do zapytania ofertowego, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Jednocześnie oświadczam, iż wszystkie podane dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego oraz nie podlegam wykluczeniu.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącej integralną część oferty są:

- 1) aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z KRS-u
- 2) druk Oferta – Załącznik nr 1
- 3) opis przedmiotu zamówienia – Załącznik nr 2
- 4) oświadczenie RODO – Załącznik nr 3
- 5) parafowany projekt umowy – Załącznik nr 4

.....
[pieczętka i podpis osoby uprawnionej]



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 2

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Usługi świadczone przez Wykonawcę odbywać się będą na wezwanie z miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w Szpitalu Specjalistycznym SP ZOZ w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy.

2. Usługa świadczona będzie przez Wykonawcę w czterech zadaniach :

- przewóz lekarza do chorego i z powrotem, na wezwanie telefoniczne z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy w dni powszednie w godzinach od 18.00 do 8.00 rano dnia następnego i całodobowo w soboty, niedziele i święta.

- przewóz pielęgniarki z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego w Puławach ul. Bema 1, 24-100 Puławy do pacjentów w soboty niedziele i święta na wyjazdowe zabiegi pielęgniarskie od godziny 7.00 do 19.00, w wyjątkowych przypadkach do 21.00.

- przewóz pacjentek ciężarnych z terenu powiatu puławskiego z bólami porodowymi do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Szpitala Specjalistycznego w Puławach, ul. Bema 1, 24- 100 Puławy – całodobowo we wszystkie dni.

3. Transport odbywać się będzie na podstawie telefonicznego powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego.

4. Telefoniczne zgłoszenia transportu przekazywane Wykonawcy przez Zamawiającego dokonywane będą na numer telefonu komórkowego Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest w razie zmiany numeru telefonu niezwłocznie powiadomić Zamawiającego.

5. Wykonawca zobowiązuje się stawić w Szpitalu Specjalistycznym SP ZOZ w Puławach, ul. Bema 1 maksymalnie w ciągu 10 minut od chwili telefonicznego zgłoszenia zlecenia transportu.

6. Wykonawca oświadcza, że posiada w pełni sprawne pojazdy, świadczące usługi jako licencjonowane taksówki, spełniające wymagania techniczne określone przepisami prawa oraz posiadające aktualne ubezpieczenia komunikacyjne OC a także ubezpieczenie NNW i zobowiązuje się do utrzymania tych ubezpieczeń przez cały okres trwania umowy.

7. Wykonawca zobowiązuje się do pomocy personelowi medycznemu w drodze z samochodu do chorego.

8. Zamawiającemu przysługuje prawo, bez jakichkolwiek konsekwencji ze strony Wykonawcy do telefonicznej rezygnacji z zamówienia transportu w czasie do 5 minut przed ustalonym czasem rozpoczęcia realizacji zamówienia.

9. Wykonawca zobowiązuje się wystawić i przedłożyć Zamawiającemu rachunek , do 5 dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. Płatność za wykonane usługi nastąpi w terminie 30 dni od dnia dostarczenia rachunku w kasie lub na rachunek bankowy wskazany



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

przez Wykonawcę, po dokonaniu weryfikacji przez Zamawiającego na podstawie własnych danych sprawozdawczych.

10. Część składową rachunku stanowi „Zestawienie ilości przejechanych kilometrów”, które zatwierdza Kierownik Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej, a „Zestawienie ilości wykonanych wezwań do pacjentek ciężarnych z bólami porodowymi” w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do umowy zatwierdza Kierownik Oddziału Ginekologiczno – Położniczego.

11. Umowa zostanie zawarta na okres od dnia 01.01. 2025 r. do 31.12.2025 r.

.....
miejsowość, data

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

Załącznik nr 3

Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – ZO 64/2024. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu dotyczących/ Oświadczam, że wobec mnie/reprezentowanego przeze mnie podmiotu zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO (niepotrzebne skreślić).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

W Z Ó R

Załącznik nr 4

UMOWA NR / 2024

Zawarta w dniu r. w Puławach pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy, zarejestrowanym w Rejestrze Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego w Lublin - Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026256, NIP 716-22-38-942, REGON 431205731 reprezentowanym przez

Krzysztofa Siejko – p. o. Dyrektor
zwanym dalej Zamawiającym,

a:

....., wpisaną do
NIP Regon reprezentowanym przez

-
zwanym dalej Wykonawcą o następującej treści :

§1

1. Przedmiotem Umowy jest świadczenie przez Wykonawcę usług transportu osobowego na rzecz Zamawiającego, polegające na zapewnieniu transportu lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do miejsca wskazanego przez pracownika Zamawiającego, oraz przewozie pacjentek ciężarnych z terenu powiatu puławskiego z bólami porodowymi do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Szpitala Specjalistycznego w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy.
2. Wykonawca zobowiązuje się zapewnić środki transportu:
 - a) spełniające normy techniczne określone przepisami prawa;
 - b) utrzymywane w należyтым stanie technicznym i estetycznym;
 - c) kierowane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia i doświadczenie w przewozach osobowych.

§ 2

1. Usługi świadczone przez Wykonawcę odbywać się będą na wezwanie (telefoniczne zgłoszenie transportu) zgłoszone w sposób określony w § 4 niniejszej umowy:
 - a) przewóz lekarza do chorego i z powrotem na wezwanie telefoniczne z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Puławach , ul. Bema 1, 24-100 Puławy w dni powszednie w godzinach 18:00 do 08:00 dnia następnego i całodobowo w soboty, niedziele i święta.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

b) przewóz pielęgniarki z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy do pacjentów w soboty, niedziele i święta w godzinach 07:00 do 19:00, w wyjątkowych sytuacjach do 21:00

c) przewóz pacjentek ciężarnych z terenu powiatu puławskiego z bólami porodowymi do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Szpitala Specjalistycznego w Puławach, ul. Bema 1 – całodobowo we wszystkie dni

2. Usługa świadczona będzie przez Wykonawcę w :

a) w przypadku przewozów lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej - dni powszednie w godzinach od 18.00 do 8.00 rano dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta (tj. od godziny 8:00 w sobotę do godziny 8:00 w poniedziałek), a także w soboty, niedziele i święta na zabiegi pielęgniarskie od godziny 7.00 do 19.00.

b) w przypadku przewozów pacjentek ciężarnych z bólami porodowymi - całodobowo we wszystkie dni tygodnia.

§ 3

1. Wykonawca oświadcza, że posiada samochody oraz wszelkie niezbędne narzędzia i środki do wykonania przedmiotu umowy, w sposób gwarantujący wykonanie umowy z należytą starannością, w tym również, że dysponuje on odpowiednim potencjałem organizacyjnym i personalnym.

2. Wykonawca oświadcza, że będzie wykonywał przedmiot umowy wyłącznie przy użyciu w pełni sprawnych pojazdów świadczących usługi jako licencjonowane taksówki, spełniających wymagania techniczne określone przepisami prawa oraz posiadającymi aktualne ubezpieczenia komunikacyjne OC a także ubezpieczenie NNW i zobowiązuje się utrzymywać ważność tych ubezpieczeń przez cały okres trwania niniejszej umowy.

3. Wykonawca oświadcza, iż dysponuje ważnym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej i zobowiązuje się do utrzymywania ważności tego ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.

4. Wykonawca oświadcza, iż możliwym jest należyta realizacja przedmiotu umowy w terminie i na zasadach określonych w niniejszej umowie.

5. Wykonawca oświadcza, iż całość przedmiotu umowy zostanie wykonana przez niego w sposób zgodny z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w trosce o materialne i niematerialne interesy Zamawiającego.

6. Wykonawca oświadcza, iż zrealizuje przedmiot umowy siłami własnymi, na koszt i ryzyko.

7. Strony zgodnie przyjmują, iż powierzchnie wykonania chociażby części przedmiotu umowy osobom trzecim przez Wykonawcę może nastąpić wyłącznie za uprzednim wyrażeniem przez Zamawiającego zgody na piśmie pod rygorem nieważności. W przypadku powierzenia przez Wykonawcę wykonania chociażby części przedmiotu umowy osobom trzecim – podwykonawcom, Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania podwykonawców dotyczące przedmiotu umowy, jak za własne działania i zaniechania, a bezskuteczne wobec Zamawiającego są jakiegokolwiek odmienne postanowienia umów ewentualnie zawartych przez Wykonawcę z osobą trzecią.

§ 4



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

1. Transport odbywać się będzie na podstawie telefonicznego powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego, lub w przypadku o którym mowa w § 2 ust. 1 lit. b) umowy – przez Zamawiającego lub pacjentkę lub/i inną osobą dokonującą zamówienia transportu.
2. Telefoniczne zgłoszenia transportu przekazywane Wykonawcy przez Zamawiającego dokonywane będą na numer telefonu komórkowego, tel. stacjonarny, w przypadku awarii centrali na numer telefonu komórkowego
3. Wykonawca zobowiązany jest w razie zmiany numeru telefonu niezwłocznie powiadomić Zamawiającego w formie pisemnej. W przypadku zaniechania obowiązku o którym mowa w zdaniu poprzedzającym zgłoszenie dokonane na numer telefonu wskazany w niniejszej umowie nawet pomimo jego nieodebrania przez Wykonawcę uznaje się za skutecznie dokonane w chwili podjęcia próby dokonania zgłoszenia przez Zamawiającego, lub pacjentkę ciężarną lub/i inną osobę dokonującą zamówienia transportu.
4. Wykonawca zobowiązuje stawić się w Szpitalu Specjalistycznym SP ZOZ w Puławach, ul. Bema 1 maksymalnie w ciągu 10 minut od chwili zgłoszenia, w celu realizacji zlecenia transportu w przypadku o którym mowa w § 2 ust. 1 lit. a) niniejszej umowy, oraz maksymalnie 30 minut na miejsce wezwania do pacjentki ciężarnej z bólami porodowymi tj. w przypadku o którym mowa w § 2 ust. 1 lit. a) niniejszej umowy.
5. Wykonawca zobowiązuje się realizować usługi objęte niniejszą umową najkrótszą drogą.
6. Zamawiającemu lub pacjentce ciężarnej lub/i innej osobie dokonującej zamówienia transportu przysługuje prawo, bez wynagrodzenia dla Wykonawcy, do telefonicznej rezygnacji z zamówienia transportu w czasie do 5 minut od chwili telefonicznego zgłoszenia transportu, o którym mowa w ust. 2.

§ 5

1. Wartość brutto umowy wynosi zł (słownie:), wynagrodzenie przysługuje Wykonawcy wyłącznie za faktycznie wykonane transporty ustalone w sposób miesięczny, przy czym wysokość wynagrodzenia miesięcznego ustala się jako sumę iloczynu ceny za 1 km świadczenia usługi transportowej i liczby przejechanych kilometrów w ramach jednostkowego zgłoszenia na usługę transportową, ustaloną przy uwzględnieniu postanowień niniejszego paragrafu.
2. Stawka za 1 kilometr transportu osobowego lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie Miasta Puławy i powiatu puławskiego o którym mowa w § 2 ust. 1 lit. a) niniejszej umowy wynosizł,
3. Stawka za jeden transport osobowy pacjentki ciężarnej z bólami porodowymi o którym mowa w § 2 ust. 1 lit. b) niniejszej umowy:
 - a)..... brutto – na terenie miasta Puławy
 - b)..... brutto – na terenie gminy Puławy innym niż w lit. a) powyżej
 - c)..... brutto – na terenie powiatu Puławskiego, innym niż określony w lit. a) i b) powyżej.
4. Wynagrodzenie ustalone przy uwzględnieniu stawek za 1 kilometr których mowa w ust. 2 i ust. 3 obejmuje wszystkie koszty i opłaty, łącznie z podatkiem VAT, wyczerpuje wszystkie



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

roszczenia Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wykonanych transportów. Strony zgodnie przyjmują, że stawki o których mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej nie wzrosną przez okres obowiązywania umowy.

5. Strony zgodnie przyjmują, jako okres rozliczeniowy – miesiąc kalendarzowy.

6. Wykonawca zobowiązuje się wystawić i przedłożyć Zamawiającemu rachunek do 5 dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. Płatność za wykonane usługi nastąpi w terminie 30 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionego rachunku na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę w tymże dokumencie, po dokonaniu weryfikacji przez Zamawiającego ilości, rodzaju i sposobu wykonanych transportów osobowych na podstawie własnych danych sprawozdawczych.

7. Część składową rachunku stanowi „Zestawienie ilości przejechanych kilometrów” w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszej Umowy które zatwierdza Kierownik Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej, natomiast „Zestawienie ilości wykonanych wezwań do pacjentek ciężarnych z bólami porodowymi” w brzmieniu określonym w załączniku nr 2, które zatwierdza Kierownik Oddziału Ginekologiczno – Położniczego.

8. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

9. Celem uniknięcia wątpliwości wskazuje się, że wartość umowy wskazana w ust. 1 powyżej stanowi maksymalną wartość umowy tj. równowartość maksymalnego wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy.

10. Strony zgodnie dopuszczają możliwość kompensaty roszczeń ewentualnie przysługującym Zamawiającemu względem Wykonawcy z wynagrodzeniem przysługującym Wykonawcy.

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.

§ 7

1. W przypadku wystąpienia awarii podstawionego do wykonania usługi objętej umową pojazdu, Wykonawca zobowiązuje się w ciągu 30 minut od chwili stwierdzenia awarii zastąpić pojazd uszkodzony pojazdem sprawnym technicznie.

2. Nie wywiązanie się przez Wykonawcę z obowiązku określonego w ust. 1 spowoduje, iż Zamawiający skorzysta z usług innego, dowolnie wybranego przewoźnika w ramach wykonawstwa zastępczego, a wszelkie z tego tytułu poniesione koszty zostaną pokryte przez Wykonawcę.

3. Wykonawca zapłaci kary umowne w następujących przypadkach i w wysokości:

1) 500,00 zł (pięćset złotych) za nieuzasadnioną przerwę w zabezpieczeniu usług w zakresie transportu osobowego i pozostawaniu w gotowości do wykonywania tego transportu oraz zabezpieczeniu stałej łączności – za każdy stwierdzony przypadek,

2) 500,00 zł (pięćset złotych) za niedotrzymanie terminu z §4 ust.3-4 umowy – za każdy stwierdzony przypadek.

4. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy przez Zamawiającego lub Wykonawcę od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5% niezrealizowanej wartości brutto umowy, o której mowa w § 5 ust. 1.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

5. Wszystkie zastrzeżone w niniejszym paragrafie kary umowne podlegają kumulacji i płatne są w terminie 30 dni od wezwania Wykonawcy do ich zapłaty, przy czym w przypadku gdy szkoda przewyższa ustanowioną karę umowną, Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 8

1. Odpowiedzialność za wyrządzone szkody przy wykonywaniu przedmiotu umowy w tym zarówno szkody wyrządzone Zamawiającemu, jak również osobom trzecim ponosi Wykonawca. Odpowiedzialność o której w zdaniu poprzedzającym obejmuje zarówno odpowiedzialność za działania własne Wykonawcy, pracowników Wykonawcy lub/i osób trzecich za pośrednictwem których Wykonawca realizuje usługi objęte przedmiotem umowy, a za szkody wyrządzone przez osoby trzecie o ile wyrządziły one szkodę z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

2. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej oraz dowód jej opłacenia lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem, stanowi załącznik do umowy. Polisę na kolejny okres ubezpieczenia Wykonawca złoży Zamawiającemu nie później niż 7 dni przed upływem terminu ważności ostatniej polisy przekazanej Zamawiającemu.

§ 9.

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

a) z upływem czasu, na który była zawarta,

b) z dniem wyczerpania maksymalnej wartości umowy określonej w § 5 ust. 1 niniejszej umowy - w zależności od tego która z przesłanek wystąpi wcześniej

2. Niniejsza umowa może być rozwiązana wskutek oświadczenia jednej ze Stron, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca.

3. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie za zgodnym porozumieniem Stron.

4. Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem na dzień złożenia oświadczenia woli w tym przedmiocie w przypadku naruszania przez Wykonawcę postanowień niniejszej umowy, bez konieczności kierowania wezwań do zaniechania i/lub usunięcia naruszeń.

§ 10.

Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy.

§ 11.

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego informowania drugiej Strony o każdorazowej zmianie swojego adresu. Zaniechanie zawiadomienia skutkować będzie iż korespondencja przesłana na dotychczasowe numery zostanie uznana za skutecznie doręczoną.

2. Zmiana wierzyciela wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody podmiotu tworzącego Zamawiającego.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy, Tel: (81) 450 22 74, Fax (81) 470 83 01, , Infolinia dla Pacjentów (81) 450 25 01

3. Wszelkie zmiany postanowień Umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnej.
4. W sprawach, które nie zostały uregulowane postanowieniami Umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
5. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozpoznawane przez sądy właściwe rzeczowo i miejscowo według siedziby Zamawiającego.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 – Kopia Oferty Wykonawcy

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY