



# 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, 20.02.2025 r.

DZP 26.25.2025

Wykonawcy uczestniczący  
w zapytaniu ofertowym

## ZAPYTANIE OFERTOWE NR 8/2025

1. Opis przedmiotu zamówienia: Przegląd urządzeń klimatyzacji zgodnie z harmonogramem i obowiązkiem użytkownika (140 sztuk).

2. Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia: 30.03.2025

3. Osoba upoważniona do kontaktu ze strony Zamawiającego – Bogdan Cybula – 81 450 22 38  
lub 601 779 794

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

5. 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;



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

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

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 udzielenie zamówienia publicznego lub ofertę takiego wykonawcy lub uczestnika konkursu, nie zaprasza go do złożenia oferty wstępnej, oferty podlegającej negocjacji, 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

6. 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 - zał. nr 2
- d. oświadczenie RODO - zał. nr 3
- e. parafowany projekt umowy – zał. nr 4

7. 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.

8. Opis sposobu przygotowania oferty:

a. ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie,



# 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. 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.

## 9. Miejsce i termin złożenia oferty:

a. ofertę należy złożyć w terminie do dnia **28.02.2025 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](mailto: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.

## 10. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **28.02.2025 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).

## 11. Osobami uprawnionymi do kontaktów z wykonawcami są:

a. w sprawie przedmiotu zamówienia – Bogdan Cybula, [bcybula@szpitalpulawy.pl](mailto:bcybula@szpitalpulawy.pl), tel. 81 45 02 238;

b. w sprawie procedury – Honorata Zgierska-Skomra, [zp@szpitalpulawy.pl](mailto:zp@szpitalpulawy.pl), tel. 81 450 23 89.

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

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach  
ds. Administracyjno-Technicznych

*dr Anna Kot*

20.02.2025 r. ....

[data i podpis Zamawiającego]

\*niepotrzebne skreślić



# 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

### OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Przegląd urządzeń klimatyzacji zgodnie z harmonogramem i obowiązkiem użytkownika (140sztuk).

#### Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: ..... zł; podatek VAT: ..... %

podatek VAT ..... % tj. .... zł

cenę brutto: ..... zł (słownie: ..... złotych).

Termin realizacji zamówienia: do 30.03.2025 r.

Kryteria oceny ofert: 100 % cena.

Inne warunki realizacji zamówienia będące kryterium oceny oferty: brak.

Warunki płatności: **przelew 30 dni.**

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert.

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.



## 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

Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.

Osoba upoważniona do kontaktu ze strony Wykonawcy – ..... (imię i nazwisko)

– tel. ....

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego 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:

#### Wykaz urządzeń:

1	Szpital Pawilon A Dach	3
2	Szpital Pawilon A Szpitalny Oddział Ratunkowy	7
3	Szpital Pawilon A Sterownia sterylizacji	1
4	Szpital Pawilon A Serwerownia	2
5	Szpital Pawilon A Oddział Dziecięcy	1
6	Szpital Pawilon A Oddział Chirurgii-Dziecięcej	1
7	Szpital Pawilon A Patomorfologia	2
8	Szpital Pawilon A Blok Operacyjny	4
9	Szpital Pawilon A Oddział Chirurgii Urazowo - Otrępedycznej	6
10	Szpital Pawilon A Oddział Rehabilitacji	3
11	Szpital Pawilon A Oddział Kardiologii	16
12	Szpital Pawilon A Oddział Neurologii	2
13	Szpital Pawilon A Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	1
14	Szpital Pawilon A Oddział Wewnętrzny	7
15	Szpital Pawilon A Oddział Reumatologii	3
16	Szpital Pawilon A ZOL	5
17	Szpital Pawilon B Pracownia Endoskopii	2
18	Szpital Pawilon B Oddział Noworodkowy	6
19	Szpital Pawilon B Oddział Ginekologiczno-Położniczy	1
20	Szpital Pawilon B Oddział Ginekologiczny - Trakt	3
21	Szpital Pawilon B Oddział Urologiczny	2
22	Szpital Pawilon B Oddział Urologiczny - Trakt	2
23	Szpital Pawilon B Oddział Okulistyczny	3
24	Szpital Pawilon B Maszynownia	2
25	Szpital Pawilon C – Gabinet Lekarski, Gabinet Zabiegowy	4
26	Szpital Pawilon D Zakład Diagnostyki Obrazowej (RTG)(USG)	7
27	Szpital Pawilon D Pracownia Tomografii Komputerowej II	3
28	Szpital Pawilon D Laboratorium	6
29	Szpital Pawilon D Rejestracja	1
30	Szpital Pawilon D Serologia	3
31	Szpital Pawilon D Gabinet Dyrektora	1
33	Szpital Pawilon D Apteka	3
34	Szpital Pawilon E Ratownictwo Medyczne	2
35	Przychodnia Specjalistyczna AOS	5
36	Przychodnia POZ Nr 1	5
37	Przychodnia POZ Nr 2	2
38	Przychodnia POZ Nr 3	1
39	Przychodnia POZ Nr 4	4
40	Administracja	5
41	Rezonans	3



## 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

**Łącznie 140 Szt.**

### Przeгляд klimatyzacji zakres prac:

- oględziny ogólne i ocena stanu technicznego urządzeń. Ilość urządzeń 140 sztuk
- sprawdzenie silników elektrycznych
- pomiar prądów pobieranych przez odbiorniki
- sprawdzenie działania wirników
- dostawa i wymiana filtrów
- czyszczenie bloków funkcyjnych
- czyszczenie lamel wymienników
- kontrola pracy i przetestowanie układu automatyki kontrolno-pomiarowej
- sprawdzenie poprawności działania zainstalowanych zabezpieczeń
- wykonanie prac serwisowych zgodnie z DTR urządzeń
- czyszczenie skraplacza
- czyszczenie parownika
- czyszczenie filtrów
- sprawdzanie instalacji skroplin
- pomiar temperatury odparowania i ciśnienia czynnika chłodniczego
- uzupełnienie instalacji czynnikiem chłodniczym
- sporządzenie raportu serwisowego z wpisem o dacie przeglądu, zakresie wymaganych czynności i miejscu posadowienia urządzenia

.....  
[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 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. 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

Załącznik nr 4

## W Z Ó R

### UMOWA NR ..... / 2025

Zawarta w dniu ..... r. w Puławach pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Puławach przy ul. Bema 1, 24-100 Puławy**, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy 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 zwanym dalej „**Zamawiającym**”

reprezentowanym przez:

dr n. med. Marek Paździor – Dyrektor

oraz

....., wpisaną do .....

NIP ..... Regon ..... zwanym dalej „**Wykonawcą**”

reprezentowanym przez:

.....

Zamawiający i Wykonawca będą dalej łącznie zwani „Stronami”, a każdy z nich z osobna także „Stroną”. Wobec wyboru oferty Wykonawcy jako najkorzystniejszej w przeprowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia w trybie zapytania ofertowego ZO 8/2025 i na warunkach określonych w zaproszeniu do składania ofert. Strony postanawiają co następuje:

## § 1

### PRZEDMIOT UMOWY

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje przeprowadzenie przeglądu urządzeń klimatyzacji w budynkach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach w ilości 140 sztuk zgodnie z wykazem w załączeniu.



## 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

2. Przedmiot umowy obejmuje przegląd i konserwację urządzeń klimatyzacji, a w szczególności:

- oględziny ogólne i ocena stanu technicznego urządzeń. Ilość urządzeń 140 sztuk
- sprawdzenie silników elektrycznych
- pomiar prądów pobieranych przez odbiorniki
- sprawdzenie działania wirników
- dostawa i wymiana filtrów
- czyszczenie bloków funkcyjnych
- czyszczenie lamel wymienników
- kontrola pracy i przetestowanie układu automatyki kontrolno-pomiarowej
- sprawdzenie poprawności działania zainstalowanych zabezpieczeń
- wykonanie prac serwisowych zgodnie z DTR urządzeń
- czyszczenie skraplacza
- czyszczenie parownika
- czyszczenie filtrów
- sprawdzanie instalacji skroplin
- pomiar temperatury odparowania i ciśnienia czynnika chłodniczego
- uzupełnienie instalacji czynnikiem chłodniczym

### § 2

#### OBOWIĄZKI I OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

1. Wykonawca winien wykonać usługę przy użyciu własnych środków chemicznych spełniających następujące warunki:

- zawierają środki biobójcze,
- są nietoksyczne, nie mają właściwości żrących, nie zawierają chloru i aldehydów,
- niszczą wirusy, bakterie, grzyby, drożdże i pleśnie
- są niepalne, nie powodują korozji, są niedrażniące, nie wydzielają oparów,
- posiadają dopuszczenie do użytku.



## 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

2. Usługę przeglądu i konserwacji klimatyzacji Wykonawca zobowiązuje się wykonać z należytą starannością, zgodnie z niniejszą umową, wymogami Zamawiającego i zasadami wiedzy technicznej, zgodnie z normami, warunkami technicznymi oraz instrukcją wykonania przeglądów wydaną przez producenta.

3. Czynności wykonane powinny być tak, aby nie powodowały utraty posiadanych gwarancji.

4. Wykonawca oświadcza, że został poinformowany, iż przeglądy będą realizowane w czynnym obiekcie oraz zobowiązuje się, iż dokona zabezpieczenia pomieszczeń, w których realizowane będą przeglądy we własnym zakresie, na własny koszt i ryzyko oraz że będzie prowadził prace w sposób najmniej kolidujący z bieżącą działalnością Zamawiającego.

5. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu umowy.

6. Wykonawca zobowiązuje się:

a) wykonać przedmiot umowy z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z zasadami wiedzy technicznej i w sposób zapewniający ich wysoką jakość,

b) ograniczyć do minimum uciążliwości wynikające z prowadzonych prac w miejscu realizacji przedmiotu umowy,

c) prowadzić prace zgodnie z obowiązującymi normami oraz przepisami BHP,

d) usunąć odpady powstałe w następstwie wykonanych prac,

e) pokryć wszelkie szkody powstałe z jego winy, spowodowane niewłaściwym wykonywaniem prac,

7. Przeglądy zostaną wykonane przez Wykonawcę przy użyciu materiałów i urządzeń własnych a wszelkie koszty związane z ich transportem na miejsce wykonania usługi, załadunkiem, rozładunkiem, składowaniem oraz dozorem obciążają Wykonawcę.

8. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania dodatkowych prac na życzenie Zleceniodawcy lub z własnej inicjatywy za aprobatą Zleceniodawcy w przypadkach technicznie uzasadnionych; w takich sytuacjach odpłatność usługi i jej koszt zostanie ustalony pomiędzy stronami indywidualnie według rodzaju prac stwierdzonych w protokole przeglądu.

9. Sporządzenie raportu serwisowego z wpisem o dacie przeglądu, zakresie wykonanych czynności oraz miejscu posadowienia urządzenia.



# 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

### WYNAGRODZENIE

1. Strony zgodnie ustalają, że łączne wynagrodzenie Wykonawcy z tytułu wykonania niniejszej umowy wyniesie

**Kwota netto ..... zł. (słownie: ..... 00/100)**

**..... % VAT**

**Kwota brutto ..... zł. (słownie: ..... 00/100)**

2. Podstawą wystawienia przez Wykonawcę faktury końcowej jest podpisany przez Strony protokół odbioru końcowego przedmiotu umowy.

3. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem w terminie do **30 dni** po prawidłowym wystawieniu faktury. Wykonane prace muszą być zgodne z zamówieniem i potwierdzone przez osobę nadzorującą prace.

4. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem na rachunek Wykonawcy .

5. Wykonawca oświadcza, że jest płatnikiem podatku VAT i posiada NIP:712-282-81-81

6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, stanowi pełne i wyłączne wynagrodzenie przysługujące Wykonawcy z tytułu należytego wykonania przeglądu.

7. Ewentualne naprawy urządzeń, zakup części zamiennych zalecone przez Wykonawcę przeglądu w protokole stanowiąc będą przedmiot odrębnych ustaleń pomiędzy Stronami na podstawie odrębnej oferty według indywidualnie określonej stawki.

## § 4

### TERMINY REALIZACJI

1. Strony ustalają następujące terminy wykonania usługi objętej umową:

1) termin rozpoczęcia przeglądu: .....

2) termin zakończenia przeglądu: .....

3) odbiór końcowy: **do 7 dni** od terminu zakończenia przeglądu.

2. Rozpoczęcie przeglądu nastąpi po protokolarnym przekazaniu przez Zamawiającego listy urządzeń objętych usługą.



## 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. Za zakończenie przeglądu Strony uznają dzień dokonania protokolarnego odbioru przez Zamawiającego potwierdzającego zakończenie przeglądu, jeżeli w wyniku powyższego wpisu zostanie dokonany odbiór.

### § 5

#### PODWYKONAWCY

Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego wykonania pełnego zakresu prac.

### § 6

#### ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA

1. Odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych Strony ponosić będą na ogólnych zasadach Kodeksu cywilnego oraz przez zapłatę kary umownej z tytułów i w wysokości określonych niniejszą umową.

2. Wykonawca płaci Zamawiającemu karę umowną:

a. w wysokości 10% łącznego wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy w przypadku rozwiązania niniejszej umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,

b. w wysokości 5% łącznego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy w przypadku dalszego naruszenia przez Wykonawcę postanowień niniejszej umowy lub nie usunięcia skutków naruszeń po upływie 2 dni od wezwania go przez Zamawiającego do zaprzestania naruszania postanowień umowy i usunięcia skutków dotychczasowych naruszeń,

c. w wysokości 5% łącznego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy, w przypadku opóźnienia w wykonaniu całości Zamówienia lub jego poszczególnych części oraz opóźnienia w jego przekazaniu Zamawiającemu,

d. w wysokości 0,2 % łącznego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy, za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze prac , odbiorze końcowym, w okresie gwarancji i rękojmi za wady,

3. Wszystkie zastrzeżone w Umowie kary umowne podlegają kumulacji i płatne są w terminie 7 dni od wezwania Wykonawcy do ich zapłaty.



## 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

4. Zamawiającemu przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego w sytuacji gdy wysokość faktycznie poniesionej szkody przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych.

### § 7

#### ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w terminie 7 dni od dnia uzyskania przez niego wiedzy o okoliczności uzasadniającej odstąpienie, jeżeli Wykonawca:

a. z przyczyn zawinionych nie wykonuje umowy lub wykonuje ją nienależycie i pomimo pisemnego wezwania Wykonawcy do podjęcia wykonywania lub należytego wykonywania umowy w wyznaczonym, uzasadnionym technicznie terminie, nie zadośćuczyni żądaniu Zamawiającego,

b. bez uzasadnionej przyczyny przerwał wykonywanie prac na okres dłuższy niż 3 dni robocze i pomimo dodatkowego pisemnego wezwania Zamawiającego nie podjął ich w okresie 3 dni roboczych od dnia doręczenia Wykonawcy dodatkowego wezwania,

c. z przyczyn zawinionych nie przystąpił do rozpoczęcia przeglądu albo pozostaje w zwłoce z realizacją prac tak dalece, że wątpliwe jest dochowanie terminu zakończenia przeglądu,

d. podzleca całość prac lub dokonuje cesji umowy, jej części bez zgody Zamawiającego.

2. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w sytuacji zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach; w tym przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

3. Odstąpienie od umowy następuje w części dotyczącej niewykonanego zakresu umowy.

4. W przypadku odstąpienia od umowy, bez względu na przyczynę, Wykonawca obowiązany jest do dokonania przy udziale Zamawiającego pełnej inwentaryzacji oraz zabezpieczenia wykonanych prac. Zamawiający powinien zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie należne za wykonane przeglądy, w zakresie, w jakim nie odstąpiono od umowy.



## 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. Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy nastąpi w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Odstąpienie od umowy następuje za pośrednictwem listu poleconego za potwierdzeniem odbioru lub w formie pisma złożonego w siedzibie Wykonawcy za potwierdzeniem.

### § 8

#### SILA WYŻSZA

1. Strony umowy zwolnione są od odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy w przypadku zaistnienia okoliczności siły wyższej.
2. Przez siłę wyższą, na potrzeby umowy, rozumie się następujące zdarzenia negatywnie oddziałujące na wywiązanie się przez Zamawiającego lub Wykonawcę z przyjętych zobowiązań:
  - a. wojnę, rewolucję, rozruchy, powstanie, zamieszki, inwazję, konflikt zbrojny, akt terroryzmu bądź sabotażu;
  - b. wypadek, w wyniku którego nastąpiło skażenie radioaktywne bądź chemiczne;
  - c. eksplozję, pożar, powódź, uderzenie pioruna, trzęsienie ziemi bądź jakiegokolwiek podobne zagrożenie,
  - d. zarazę bądź inną poważną epidemię.
3. W razie wystąpienia okoliczności siły wyższej Strony mogą dokonać rozwiązania niniejszej umowy, bez stosowania kar i odszkodowań w niej przewidzianych.

### § 9

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienie oraz wszelkie informacje Strony przekazywać będą sobie pisemnie za pośrednictwem operatora pocztowego, lub za pośrednictwem operatora pocztowego i poczty e-mail. W przypadku przekazywania wniosków, zawiadomień oraz informacji za pośrednictwem e-mail każda ze Stron na żądanie drugiej Strony niezwłocznie potwierdzi fakt ich otrzymania. W przypadku braku w/w potwierdzenia w terminie 3 dni Zamawiający przyjmuje, iż pismo wysłane na adres podany przez Wykonawcę



## 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

zostało mu doręczone w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią, a Wykonawca oświadcza, iż wyraża zgodę na przyjęcie przedmiotowego domniemania doręczenia.

2. Osobami upoważnionymi do kontaktu są:

a. ze strony Zamawiającego : Bogdan Cybula – tel. kont. 601779794, 814502238

b. ze strony Wykonawcy : ..... – tel. kont.

3. Wszelkie zmiany umowy mogą być dokonywane wyłącznie w formie pisemnej.

4. W sprawach nieuregulowanych umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych ustaw.

5. Wszelkie spory powstałe na tle wykonania umowy, co do których strony nie doszły do porozumienia, rozstrzygane będą przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem po jednym egz. dla każdej strony.

Załącznik nr 1 – Wykaz urzędzeń

Załącznik nr 2 – Kopia Oferty Wykonawcy

**WYKONAWCA:**

**ZAMAWIAJĄCY:**





# 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 do umowy

### Wykaz urządzeń

1	Szpital Pawilon A Dach	3
2	Szpital Pawilon A Szpitalny Oddział Ratunkowy	7
3	Szpital Pawilon A Sterownia sterylizacji	1
4	Szpital Pawilon A Serwerownia	2
5	Szpital Pawilon A Oddział Dziecięcy	1
6	Szpital Pawilon A Oddział Chirurgii-Dziecięcej	1
7	Szpital Pawilon A Patomorfologia	2
8	Szpital Pawilon A Blok Operacyjny	4
9	Szpital Pawilon A Oddział Chirurgii Urazowo - Otrępedycznej	6
10	Szpital Pawilon A Oddział Rehabilitacji	3
11	Szpital Pawilon A Oddział Kardiologii	16
12	Szpital Pawilon A Oddział Neurologii	2
13	Szpital Pawilon A Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	1
14	Szpital Pawilon A Oddział Wewnętrzny	7
15	Szpital Pawilon A Oddział Reumatologii	3
16	Szpital Pawilon A ZOL	5
17	Szpital Pawilon B Pracownia Endoskopii	2
18	Szpital Pawilon B Oddział Noworodkowy	6
19	Szpital Pawilon B Oddział Ginekologiczno-Położniczy	1
20	Szpital Pawilon B Oddział Ginekologiczny - Trakt	3
21	Szpital Pawilon B Oddział Urologiczny	2
22	Szpital Pawilon B Oddział Urologiczny - Trakt	2
23	Szpital Pawilon B Oddział Okulistyczny	3
24	Szpital Pawilon B Maszynownia	2
25	Szpital Pawilon C – Gabinet Lekarski, Gabinet Zabiegowy	4
26	Szpital Pawilon D Zakład Diagnostyki Obrazowej (RTG)(USG)	7
27	Szpital Pawilon D Pracownia Tomografii Komputerowej II	3
28	Szpital Pawilon D Laboratorium	6
29	Szpital Pawilon D Rejestracja	1
30	Szpital Pawilon D Serologia	3
31	Szpital Pawilon D Gabinet Dyrektora	1
33	Szpital Pawilon D Apteka	3
34	Szpital Pawilon E Ratownictwo Medyczne	2
35	Przychodnia Specjalistyczna AOS	5
36	Przychodnia POZ Nr 1	5
37	Przychodnia POZ Nr 2	2



## 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

38	Przychodnia POZ Nr 3	1
39	Przychodnia POZ Nr 4	4
40	Administracja	5
41	Rezonans	3
		<b>Łącznie 140 Szt.</b>