OGŁOSZENIE – ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

oznaczenie sprawy: ODLT/1/2021

zapytanie ofertowe znajduje się na stronie internetowej Zamawiającego/~~platformie zakupowej~~

I. ZAMAWIAJĄCY
SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą w Częstochowie
przy ul. Mirowskiej 15
NIP: 949 17 63 544 REGON: 151586247 KRS: 0000026830

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest : **DZIERŻAWA KONCENTRATORÓW TLENU do domowego ośrodka leczenia tlenem w ilości 71 szt.**
2. Opis przedmiotu zamówienia:
   1) Przedmiotem zamówienia jest dzierżawa koncentratorów tlenu. Przedmiot zamówienia obejmuje również dostawę do siedziby Zamawiającego, co trzy miesiące od daty podpisania umowy 3 szt. wąsów tlenowych 2,1 m do każdego dzierżawionego osprzętu medycznego w okresie trwania umowy.
   2) Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z podaniem wymaganych przez Zamawiającego parametrów technicznych określony został w **załączniku nr 1** do Zapytania Ofertowego.
   3) Oferowane urządzenia mają posiadać wymagane prawem certyfikaty i atesty.
   4) Oferowany asortyment stanowiący przedmiot zamówienia winny spełniać wymagania prawne dotyczące dopuszczenia do obrotu, posiadać niezbędne atesty, certyfikaty, karty techniczne i świadectwa rejestracji zgodne z postanowieniami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 186) oraz w wydanych na podstawie tejże ustawy, aktach wykonawczych.
   5) Wykonawca zobowiązany jest zrealizować zamówienie na zasadach i warunkach opisanych w Zapytaniu Ofertowym oraz projekcie umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do Zapytania Ofertowego.
   1) Wymagane oświadczenia/dokumenty:
   2) **Oświadczenie**, że oferowane produkty posiadają dokumenty wymagane przez polskie prawo na podstawie, których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w RP - zgodnie z wzorem, który stanowi załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego wraz z dołączeniem wpisu do rejestru wyrobów medycznych, certyfikatu lub innego ważnego dokumentu potwierdzającego dopuszczenie do obrotu na terenie RP.
   3) **Materiały** potwierdzające/ określające parametry oferowanego asortymentu tj. materiały producenta, w tym: foldery, opisy lub katalogi potwierdzające spełnianie wymagań określonych przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do Zapytania Ofertowego. Dokumenty powinny w sposób jednoznaczny potwierdzić spełnianie wymagań postawionych przez Zamawiającego.
4. Zamawiający dopuszcza/nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych*. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych. Oferta musi obejmować całość zamówienia
5. Zamawiający dopuszcza/nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom*.

*zaznaczyć odpowiednio

III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **01.03.2021 r do 28.02.2022 r.** z uwzględnieniem potrzeb Zamawiającego, na podstawie pisemnego zgłoszenia złożonego przez uprawnionego pracownika Zamawiającego (faks) w terminie **48 godzin** od dnia złożenia tego zamówienia.

Miejsce wykonania zamówienia: **SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony W Częstochowie ul. Mirowska 15 - Domowy Ośrodek Leczenia Tlenem**

IV. KRYTERIA OCENY OFERT:

Cena – 60%

Inne: podać i opisać wagi procentowe lub sposób przyznawania punktacji

Termin dostawy koncentratora tlenu do pacjenta – 20%

Rok produkcji koncentratora tlenu - 20%

Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta zawierająca najkorzystniejszy bilans punktów

1. Liczba punktów w ramach kryterium ***Cena*** zostanie wyliczona zgodnie ze wzorem:

$$C = x\ C_n / C_b\ x\ 60\ pkt$$

Gdzie:

Cmin – najniższa cena spośród ofert nieodrzuconych

Cb – cena oferty rozpatrywanej

C – liczba punktów przyznawanych w kryterium cena

2. Liczba punktów w ramach kryterium termin **dostawy koncentratora tlenu**

- maksymalny termin dostawy - 48 godzin
- termin dostawy skrócony do 24 godzin - 20 pkt
- termin dostawy powyżej 24 godzin do 36 godzin - 10 pkt
- termin dostawy powyżej 36 godzin do 48 godzin - 0 pkt

3.Liczba punktów w ramach **kryterium rok produkcji koncentratora tlenu**

- rok produkcji - 2017
- rok produkcji 2020 do 2019 - 20 pkt
- rok produkcji poniżej 2019 do 2018 - 10 pkt
- rok produkcji poniżej 2018 do 2017 - 0 pkt

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca powinien złożyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego Zapytania Ofertowego.
2. W przypadku składanie oferty w formie papierowej ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie i oznaczyć: „**Oferta - ZAPYTANIE OFERTOWE** ***na Dzierżawę koncentratorów tlenu do domowego leczenia tlenem dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie. Nie otwierać przed godziną 10.30 dnia 16 . 02.2021r."***
3. W przypadku składania oferty w innej formie – opisać sposób składania oferty.
4. Do oferty należy dołączyć:

1) Wypełnione i podpisane przez Wykonawcę **Zestawienie parametrów technicznych koncentratorów tlenu** stanowiący Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego.
2) **Formularz Oferty,** stanowiący Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego.

3) **Oświadczenie**, że oferowane produkty posiadają dokumenty wymagane przez polskie prawo na podstawie, których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w RP - zgodnie z wzorem, który stanowi załącznik nr 4 do Zapytania Ofertowego wraz z dołączeniem wpisu do rejestru wyrobów medycznych, certyfikatu lub innego ważnego dokumentu potwierdzającego dopuszczenie do obrotu na terenie RP.
4) **Materiały** potwierdzające/ określające parametry oferowanego asortymentu tj. materiały producenta, w tym: foldery, opisy lub katalogi potwierdzające spełnianie wymagań określonych przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do Zapytania Ofertowego. Dokumenty powinny w sposób jednoznaczny potwierdzić spełnianie wymagań postawionych przez Zamawiającego.
5) **pełnomocnictwo** – jeżeli dotyczy

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w terminie do: 16. 02.2021 r. do godziny: 10.00
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 16.02.2021 r o godzinie 10.30
3. W przypadku składania oferty w innej formie: - opisać formę i miejsce składania oferty
4. W przypadku składania oferty w formie papierowej za pośrednictwem operatora pocztowego, kuriera lub osobiście należy złożyć ofertę do siedziby Zamawiającego – SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa – budynek G I piętro - sekretariat.
5. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
6. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
7. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty lub unieważnieniu postępowania zostanie zamieszczona na stronie internetowej/~~platformie zakupowej~~ Zamawiającego oraz przesłana do Wykonawców.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Osobą/ami uprawnioną/ymi do udzielania informacji ze strony Zamawiającego jest/są:

w kwestiach merytorycznych:

Kierownik Ośrodka Domowego Leczenia Tlenem - Grzegorz Bzdon Tel. 34/370 22 63

w kwestiach dotyczących procedury postępowania:

Ewa Romanowska - Sekcja Zamówień Publicznych tel. 34/370 21 35

e-mail: zp2@zsm.czest.pl, nr faksu: 34/ 370 21 34, w godz. 7:20-15:00.

IX. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ ZAPROSZENIA – OGŁOSZENIA:

1)	Opis przedmiotu zamówienia	załącznik nr 1
2)	Formularz oferty	załącznik nr 2
3)	Oświadczenie o spełnianiu wymagań	załącznik nr 3
4)	Projekt Umowy	załącznik nr 4

ZATWIERDZAM

04.02.2021 DYREKTOR

.....

data i podpis Kierownika Zamawiającego

Wojciech Konieczny

Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH KONCENTRATORÓW TLENU – (szt. 71)

L.p	Funkcja/Parametr	Parametr Graniczny wymagany	Parametr oferowany (należy opisać dokładnie parametry oferowanego sprzętu)
1.	Nazwa i model urządzenia oraz numer seryjny.	**Dołączyć wykaz wszystkich oferowanych urządzeń wraz z numerami seryjnymi**	
2.	Rok produkcji (wymagany powyżej roku 2017)	**Podać**	
3.	Producent (pełna nazwa firmy, Kraj)	**Podać**	
4.	Waga koncentratora	**≤ 17 kg**	
5.	Wymiary (wys. x szer. x głęb.)	**Podać**	
6.	Filtr kurzu zewnętrzny	**TAK**	
7.	Filtr wewnątrz urządzenia	**TAK**	
8.	Poziom głośności	**≤ 40 dB**	
9.	Alarmy wysokiego i niskiego ciśnienia	**Wymagane**	
10.	Stężenie 0_2 (podać wartość)	**1-5 L/min**	
11.	Zakres przepływu w litrach/minutę	**$^1/_2$ -5**	
12.	Dostawa urządzeń do domu pacjenta wraz z przeszkoleniem pacjenta oraz członka rodziny lub opiekuna przez serwis techniczny potwierdzona własnoręcznymi podpisami.	**Wymagane**	
13.	Naprawa w domu u pacjenta przez serwis techniczny dostawcy	**Wymagane**	
14.	Gwarantowany czas przyjazdu serwisanta na zgłoszenie awarii-max 24h	**Do 24 h**	
15.	Urządzenie zastępcze w przypadku konieczności naprawy poza domem pacjenta	**Wymagane**	

16.	Serwis zlokalizowany na terenie woj. śląskiego (należy podać nazwę firmy, adres, telefon kontaktowy i osobę odpowiedzialną)	**Wymagane**	
17.	Instrukcja obsługi w języku polskim	**Wymagane**	
18.	Karta gwarancyjna dla każdego koncentratora i karta aparatu (paszport techniczny) ważna na czas trwania umowy	**Wymagane**	
19.	Zapewnienie w czasie trwania umowy bezpłatnych przeglądów serwisowych (jeżeli będzie wymagane w paszporcie)	**TAK**	
20.	Prowadzenie karty serwisowania koncentratorów tlenu Według załączonego wzoru określonego przez NFZ	**TAK**	
21	Karta przeglądu koncentratora	**Wymagane**	

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)

.....

Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego

(dane Wykonawcy)

adres do korespondencji.....
nr telefonu.....
NIP: ..... REGON:..... KRS: .....

OFERTA – wzór formularza

w odpowiedzi na **zapytanie ofertowe** na: **Dzierżawę koncentratorów tlenu do domowego ośrodka leczenia tlenem**

nr postępowania: .....

1. Oferuję/emy realizację zamówienia za cenę:

Rodzaj sprzętu	Ilość	Cena dzierżawy 1 szt konc. netto	Cena dzierżawy 1 szt konc. brutto	Cena dzierżawy (miesiąc) netto	Cena dzierżawy (miesiąc) brutto	Wartość dzierżawy 12 m-cy (netto)	Wartość dzierżawy 12 m-cy (brutto)
Koncentrator tlenu	71 szt.						

Słownie netto..... PLN

Słownie brutto::..... PLN

2. Określamy następujące warunki płatności – termin płatności 60 dni od daty otrzymania rachunku, faktury na warunkach zgodnych z załączonym do Zapytania Ofertowego projektu umowy.
3. Termin dostawy koncentratorów tlenu do pacjenta ..... godzin.
4. Termin rok produkcji koncentratora tlenu .....r.
5. Oświadczam/y, że na przedmiot zamówienia udzielam/y gwarancji/ zrealizuję/emy w terminie*: .....*jeśli dotyczy
6. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/simy do niej żadnych zastrzeżeń.
7. Z naszej strony realizację zamówienia koordynować będzie: ..... tel. ....., e-mail.....
8. Oferta zawiera/nie zawiera * informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Inne istotne elementy oferty (jeśli mają zastosowanie podać): .....
10. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
11. Oświadczam/y, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*** RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem*

*danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). ** w przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa – należy usunąć treść oświadczenia poprzez jego wykreślenie.*

12. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do podpisania umowy *(jeżeli dotyczy)* na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego. Osobami uprawnionymi do reprezentowania Wykonawcy, które będą podpisywać umowę są:

.....	.....
stanowisko	*imię i nazwisko*

13. Ofertę niniejszą składam/y na ..... kolejno ponumerowanych stronach.
14. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) .....
2) .....

.....,dn.....

.....
(podpis wykonawcy)

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego

Oświadczenie
o spełnianiu przez oferowane dostawy
wymagań określonych przez Zamawiającego

Przystępując do postępowania w trybie ZAPYTANIA OFERTOWEGO na: **Dzierżawę koncentratorów tlenu do domowego leczenia tlenem przy SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym z siedzibą w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15.**

(imię i nazwisko): .....

reprezentując firmę (nazwa firmy): .....

.....

Oświadczam/-y*, że przedstawiony w naszej ofercie asortyment w każdej pozycji posiada wymagane prawem aktualne dokumenty i atesty, dopuszczające do stosowania zgodnie obowiązującymi z przepisami.

Dołączam dokumenty potwierdzające, że oferowany produkt jest dopuszczony do obrotu i stosowania w Polsce.

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

.....	.....
miejscowość, data	*podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawnionym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

UMOWA DZIERŻAWY OSPRZĘTU MEDYCZNEGO
Nr MSZ.ZP/...../2021

Zawarta w dniu .....pomiędzy:
.....
.....
NIP: **REGON:** **KRS :**
reprezentowanym przez:
.....
zwanym dalej **"Wydzierżawiającym "**

a

SP ZOZ Miejskim Szpitalem Zespolonym z siedzibą w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15, 42 – 200 Częstochowa

NIP: 949-17-63-544 **REGON: 151586247** **KRS: 0000026830**

reprezentowanym przez:

Dyrektora **Wojciecha Koniecznego**

zwanym dalej **"Dzierżawcą"**

Niniejsza umowa została zawarta w wyniku rozstrzygnięcia zapytania ofertowego z dnia..... Postępowanie o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwoty określonej w art. 2 ust 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U z 2019 r., poz. 2019 ze zm.)

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest dzierżawa, dostawa oraz serwisowanie Osprzętu Medycznego wymienionego w Załączniku Nr 1
2. Osprzęt Medyczny wymieniony w Załączniku nr 1 stanowi własność **"Wydzierżawiającego"**
3. **"Wydzierżawiający "** zobowiązuje się na zlecenie "**Dzierżawcy"** oddać do użytkowania Osprzęt medyczny wymieniony w Załączniku Nr 1 "**Użytkownikom"** wskazanym przez "**Dzierżawcę".**
4. W dalszej części Umowy przez **"Użytkownika "** rozumie się osobę, która otrzyma od "**Dzierżawcy"** skierowanie do użytkowania Osprzęt Medyczny.
5. **Dzierżawca** zastrzega sobie prawo do ograniczenia rzeczowego i finansowego umowy (ograniczenia liczby użytkowanych koncentratorów) za 14-dniowym pisemnym uprzedzeniem.

§ 2

"Wydzierżawiający" zastrzega sobie prawo uzależnienia użyczenia Osprzętu Medycznego od złożenia przez "Użytkownika" zabezpieczenia majątkowego w formie weksla in blanco z możliwością wypełnienia do wartości Osprzętu Medycznego, deklaracji wekslowej i podpisania odrębnej umowy określającej zasady użytkowania Osprzętu Medycznego.

§ 3

1. Osprzęt Medyczny zostanie dostarczony "**Wydzierżawiającego**" do „Użytkownika" w wyznaczonym przez "**Dzierżawcę**" i uzgodnionym z "**Użytkownikiem**" terminie na podstawie skierowania przesłanego przez "**Dzierżawcę**" faksem. Oryginał skierowania "**Dzierżawca**" prześle do "**Wydzierżawiającego** " w terminie 14 dni od jego wysłania. Wzór skierowania znajduje się w Załączniku Nr 2 do umowy.
2. Okres pomiędzy otrzymaniem faksu, a wyznaczonym terminem dostarczenia i instalacji Osprzętu Medycznego nie może być krótszy niż 24 godzin W przeciwnym razie "**Wydzierżawiający**" zastrzega sobie prawo do zmiany wyznaczonego terminu instalacji tak, aby zachowany był okres 24 godzin.
3. Dostarczenie i instalacja, jak również późniejsze serwisowanie odbywać się będzie w terminie uzgodnionym z "**Użytkownikiem**". W przypadku, gdy pomimo przybycia serwisu "**Wydzierżawiającego** " nie dojdzie do instalacji Osprzętu Medycznego z przyczyn leżących po stronie "**Użytkownika**", jak również w razie nieuzasadnionego wezwania serwisu, "**Użytkownik** " poniesie wynikające z tego koszty.
4. "**Dzierżawca** " powinien w formie pisemnej zawiadomić "**Wydzierżawiającego** o zakończeniu użytkowania Osprzętu Medycznego przez danego „Użytkownika" i konieczności odebrania od niego Osprzętu Medycznego.

§ 4

"**Wydzierżawiający**" zobowiązuje się do:

1. Dostarczenia przez serwis techniczny "**Użytkownikowi**" lub "**Dzierżawcy** " Osprzęt Medyczny wymieniony w załączniku nr 1 w stanie gotowym do użycia wraz z kaniulami tlenowymi i nawilżaczem oraz ich okresowej wymiany w godzinach od 8 – 17.00.
2. Uruchomienia przez serwisanta Osprzętu w obecności użytkownika, oraz przeszkolenie użytkownika w zakresie obsługi potwierdzone własnoręcznym podpisem, zgodnie z Załącznikiem nr 4.
3. Usunięcia usterek Osprzętu Medycznego lub wymiany elementów zużywalnych w miejscu zamieszkania „Użytkownika" terminie 48 godzin od dnia pisemnego zgłoszenia przez "**Dzierżawcę**" pod nr faksu ..... przez upoważnioną do tego osobę Pana/Panią..... .
4. W przypadku wystąpienia awarii, Osprzętu Medycznego, której nie można usunąć w tym terminie, ani w miejscu zameldowania „Użytkownika", "**Wydzierżawiający**" dostarcza Użytkownikowi aparat zastępczy na czas trwania naprawy.
5. W razie wystąpienia wady, której nie można usunąć **„Wydzierżawiający"** dostarcza Użytkownikowi nowy Osprzęt Medyczny o identycznych własnościach i wolny od wad niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 2 dni roboczych od dnia stwierdzenia tej okoliczności.
6. Przeszkolenia "**Dzierżawcy** " oraz "**Użytkownika**" w zakresie zasad użytkowania przedmiotów o których mowa w pkt 1 w terminie 5 dni od daty zawarcia umowy.
7. Zapewnienia w czasie trwania umowy bezpłatnych przeglądów serwisowych Osprzętu Medycznego (jeżeli będą wymagane w paszporcie) i prowadzenie Karty serwisowej koncentratorów tlenu według załączonego załącznika Nr 3 do umowy.
8. Zapłaty kary umownej „**Dzierżawcy**" w następujących przypadkach:

a) opóźnienia w dostarczeniu Osprzętu Medycznego Użytkownikowi w wysokości 200 zł wartości przedmiotu zamówienia za jeden dzień opóźnienia,
b) opóźnienia w reakcji serwisu, usunięcia awarii lub wymiany aparatu na wolny od wad w terminach określonych w § 4 ust. 4,5 w wysokości 500 zł a każdy dzień opóźnienia,
c) za niedopełnienie obowiązku wynikającego z § 4 ust.1,2 karę w wysokości 1000 zł za każde naruszenie.

„Dzierżawca" może dochodzić odszkodowania przekraczającego wysokość kar umownych w udowodnionej wysokości szkody.

§ 5

"Dzierżawca " zobowiązuje się do:

1. Uiszczania należności z tytułu użytkowania, dostawy i serwisowania Osprzętu Medycznego **"Wydzierżawiającemu"** na zasadach określonych w § 6 niniejszej umowy.
2. Niezwłocznego powiadomienia **"Wydzierżawiającego "** o fakcie uszkodzenia lub utraty Osprzętu Medycznego będącego w posiadaniu "**Użytkownika".**
3. Nie usuwania oznaczeń **"Wydzierżawiającego"** z Osprzętu Medycznego, jak również do nie umieszczania innych oznaczeń poza istniejącymi na Osprzęcie Medycznym w dniu jego dostawy.

§ 6

1. Całkowita cena przedmiotu zamówienia wymienionego w § 1 pkt 2 jest ceną netto i wynosi **PLN** (słownie:_____) brutto i wynosi .....**PLN** (słownie: _____)
   Cena dzierżawy 1 szt. koncentratora tlenu wynosi:
   Netto: ..... **PLN**
   Brutto: .....**PLN**
   Cena dzierżawy 71 szt. koncentratorów tlenu miesięcznie wynosi:
   Netto: ..... **PLN**
   Brutto: ..... **PLN**
2. Należności za użytkowanie, dostawę oraz serwisowanie Osprzętu Medycznego wymienionego w załączniku nr 1 naliczane będą raz w miesiącu wg stawek zawartych w § 6 ust. 1 i na **<u>podstawie ilości dni</u>** jaką Osprzęt Medyczny znajdował się w posiadaniu **"Użytkownika"** i **"Dzierżawcy"** do dnia wystawienia faktury za dany okres.
3. **"Dzierżawca "** zobowiązuje się dokonać płatności o których mowa w ust. 1 na rachunek bankowy **"Wydzierżawiającego"**, którego numer będzie wskazany na fakturze, w ciągu 60 dni od daty otrzymania faktury.
4. W przypadku uchybienia powyższego terminu **"Wydzierżawiający"** może naliczyć odsetki za opóźnienie zgodnie z art.481 K.C
5. Wynagrodzenie za dostawy stanowiące przedmiot umowy będzie płatne przelewem na konto wskazane przez **„Wydzierżawiającego"** w treści faktury, z zastrzeżeniem zastosowania mechanizmu podzielonej płatności polegającym na tym, że :
   a) zapłaty kwoty odpowiadającej całości albo części kwoty podatku wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek VAT.
   b) zapłata całości albo części kwoty odpowiadającej wartości sprzedaży netto wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek bankowy albo na

rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, dla których jest prowadzony rachunek VAT, albo jest rozliczana w inny sposób.

6. **„Dzierżawca"** wyraża zgodę na przesyłanie przez **„Wydzierżawiającego"** ustrukturyzowanych faktur elektronicznych za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania (PEF), na której posiada aktywne konto, natomiast nie wyraża zgody na przesyłanie przez „Wydzierżawiającego" innych niż faktury ustrukturyzowanych dokumentów elektronicznych.
7. Ustrukturyzowana faktura elektroniczna winna zawierać dane wymienione w art. 6 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym.
8. W przypadku przedstawienia przez **„Wydzierżawiającego"** nieczytelnej lub nieprawidłowej faktury VAT **„Dzierżawca"** zastrzega sobie prawo odmówienia jej przyjęcia.
9. **"Dzierżawca"** upoważnia **"Wydzierżawiającego"** do wystawiania faktur bez podpisu z jego strony.

§ 7

1 Przeniesienie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy sposób określony trybem art. 509-518 KC wymaga zgody **Dzierżawcy**, udzielonej w trybie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2 Bez zgody **Dzierżawcy** wierzytelności wynikające z niniejszej umowy nie mogą stanowić przedmiotu poręczenia, ani jakiejkolwiek innej umowy zmieniającej strony stosunku zobowiązaniowego wynikającego z realizacji niniejszej umowy.

3 Naruszenie zakazu opisanego w ust. 1 i 2 powyżej, skutkować będzie obowiązkiem zapłaty przez **Wydzierżawiającego** na rzecz **Dzierżawcy** kary umownej w wysokości 5 % wierzytelności, którą nabyła niezależnie od podstawy faktycznej lub prawnej osoba trzecia.

§ 8

1. Niniejsza umowa została zawarta na okres od dnia **.....** r. do dnia **28.02.2022 r.**
2. W przypadku zmiany formy prawnej zakładu **„Dzierżawcy"**, zastrzega on sobie prawo rozwiązania umowy z zachowaniem 14-dniowego terminu wypowiedzenia, bez ponoszenia odpowiedzialności materialnej.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez **Dzierżawcę** w trybie i na zasadach wskazanych w art.145 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

§ 9

Po wygaśnięciu niniejszej Umowy **"Dzierżawca"** i **"Użytkownik"** obowiązani są zwrócić **„Wydzierżawiającemu"** w terminie 10 dni Osprzęt Medyczny w stanie nie pogorszonym ponad zużycie wynikające z normalnej eksploatacji.

§ 10

1. **„Wydzierżawiający"** ponosi wobec **"Dzierżawcy"** pełną odpowiedzialność za działania, uchybienia i zaniedbania podwykonawców, w takim samym stopniu, jakby to były działania, uchybienia lub zaniedbania **Wydzierżawiającego"**.
2. Zakres usług, które będą wykonywać podwykonawcy, zostały ustalone w ofercie. **„Wydzierżawiający"** ma obowiązek przedstawić **"Dzierżawcy"** zawarte umowy z podwykonawcami.

3. **„Wydzierżawiający**" wyraża zgodę na pokrycie z należnego mu wynagrodzenia, ustalonego w § 6 niniejszej umowy, wynagrodzenia podwykonawcy, wymaganego i należnego na podstawie umowy między **„Wydzierżawiającym**" a Podwykonawcą, jeżeli Podwykonawca zwróci się o zapłatę za prawidłowo wykonane usługi bezpośrednio do **"Dzierżawcy"**, a **"Dzierżawca"** uzyska potwierdzenie braku uregulowania przedmiotowych należności przez **„Wydzierżawiającego**". Wynagrodzenie należne **„Wydzierżawiającemu**" ulega wówczas pomniejszeniu o kwotę wynagrodzenia zapłaconego przez Zamawiającego na rzecz Podwykonawcy.

§ 11

1. Strony dopuszczają zmiany postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty na podstawie, której dokonano wyboru **„Wydzierżawiającego"** w przypadku:

1) Dzierżawca zastrzega sobie możliwość zmiany postanowień zawartej umowy w sytuacji obiektywnej konieczności wprowadzenia zmiany w niżej przedstawionym zakresie:

a. zmiana danych **„Wydzierżawiającego**" (np. zmiana adresu, nazwy) lub zmiana wynikająca z przekształcenia podmiotowego po stronie **„Wydzierżawiającego"** skutkującą sukcesją generalna.

b. zmiany w obowiązujących przepisach prawa mające wpływ na przedmiot i warunki umowy oraz zmiana sytuacji prawnej i faktycznej **„Wydzierżawiającego"** i/lub **„Dzierżawcy"** skutkująca niemożnością realizacji przedmiotu umowy.

1. Powyższe wskazane zmiany mogą być dokonane na wniosek **„Dzierżawcy"** lub **„Wydzierżawiającego** za zgodą obu stron i zostaną wprowadzone do umowy aneksem.

§ 12

Wszelkie spory powstałe na tle realizacji postanowień niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie. W razie braku porozumienia (zawarcia ugody) w terminie 14 dni od momentu wystąpienia przez jedną ze stron z pozycją polubownego rozstrzygnięcia sporu każda ze stron może dochodzić swoich praw przed właściwym sądem powszechnym.

§ 13

Umowa wraz z załącznikami stanowi integralną całość.

§ 14

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

WYDZIERŻAWIAJĄCY: **DZIERŻAWCA:**

ZAŁACZNIK NR 1

DO UMOWY Nr ..... O ŚWIADCZENIE USŁUG UŻYTKOWANIA OSPRZĘTU MEDYCZNEGO

Rodzaj Osprzętu Medycznego	Ilość (sztuk)	Stawka za sztukę/miesiąc	Wartość roczna netto	Wartość roczna brutto

Data ..... Data .....

....

Podpisy ze strony **Wydzierżawiającego** Podpisy ze strony **Dzierżawcy**

ZAŁĄCZNIK NR 2

DO UMOW DZIERŻAWY Nr.....O ŚWIADCZENIE USŁUG UŻYTKOWANIA OSPRZĘTU MEDYCZNEGO.

SKIEROWANIE DO.....
(nazwa **WYDZIERŻAWIAJĄCEGO)**

W CELU WYDANIA OSPRZĘTU MEDYCZNEGO DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM.

Imię i Nazwisko.....Wiek:.....

Rozpoznanie:

.....

Adres (wraz z kodem pocztowym)

.....

Telefon (z numerem kierunkowym)

.....

Nazwa i symbol Regionalnej Kasy Chorych:

.....

Data instalacji Osprzętu Medycznego u chorego:

.....

Rodzaj źródła tlenu:

- ❑ Butla z tlenem
- ❑ Koncentrator tlenu
- ❑ Kaniula tlenowa

Dodatkowy osprzęt:

- ❑ Nawilżacz
- ❑ Inne: .....

Czas tlenoterapii w ciągu doby: godz./dobę

Przepływ tlenu .....1/min.

.....
imię i nazwisko lekarza

Miejsce i data:.....

.....
telefon (0-.....).....

Oświadczenie UŻYTKOWNIKA

Oświadczam, że zobowiązuje się do umożliwienia instalacji Osprzętu medycznego w ustalonym wyżej terminie o uzgodnionej porze. W przypadku naruszenia tego obowiązku

zobowiązuje się do pokrycia kosztów ponownego przyjazdu pracownika instalującego Osprzęt medyczny.

.....

Podpis Użytkownika

ZAŁĄCZNIK NR 3

DO UMOWY DZIERŻAWY OSPRZĘTU MEDYCZNEGO Nr umowy.....

Karta serwisowa koncentratorów tlenu

(Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r.

Data	Nr seryjny	Wymiana filtra powietrza	Wymiana filtra przeciwbakteryjnego	Pomiar stężenia tlenu wytwarzanego przez koncentrator przy przepływie 2l/min	Podpis serwisanta

ZAŁĄCZNIK NR 4

DO UMOW DZIERŻAWY Nr.....O ŚWIADCZENIE USŁUG UŻYTKOWANIA OSPRZĘTU MEDYCZNEGO.

POTWIERDZENIE INSTALACJI KONCENTRATORA TLENU

Dla Pacjenta Poradni Domowego Leczenia Tlenem

W dniu .....

Użytkownik Pan/Pani.....

Zamieszkały/a .....

Otrzymał/a od firmy..... sprawny technicznie koncentrator tlenu.

Nr fabryczny .....

Wraz z koncentratorem tlenu dostarczono instrukcje obsługi w języku polskim, wąsy tlenowe o dł.....(1 szt) nawilżacz 1 szt. oraz inne niezbędne wyposażenie lub akcesoria wynikające z określonego koncentratora

.....
...

OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA

Oświadczam, iż zostałem poinstruowany i przeszkolony przez serwisanta w zakresie bezpieczeństwa użytkowania oraz prawidłowej obsługi koncentratora tlenu

Użytkownik **Serwisant/przedstawiciel w terenie**

_____ _____

(imię i nazwisko oraz podpis)
(imię i nazwisko oraz pop