

ZAPYTANIE OFERTOWE
O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ ZAMÓWIENIA DO 30 TYS. EURO
W ZWIĄZKU Z ZAMIAREM WYBORU WYKONAWCY CELEM ŚWIADCZENIA
USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

Kierownik Samodzielnego Publicznego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie. zaprasza do złożenia oferty cenowej na wykonywanie badań laboratoryjnych na potrzeby realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

1. ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie , 27-353 Rzecznów 1A

NIP: 509 001 01 27 , Regon :140014479

e- mail: sekretariat@spzpozrzecznioiw.pl

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Rodzaj zamówienia: usługi.

Określenie przedmiotu oraz wielkości lub zakresu zamówienia:

Część 1:

Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na:

1. Świadczeniu usług zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych na potrzeby realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna .

3. TERMIN, MIEJSCE, CZAS i SPOSÓB REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

- 1) **Przewidywany okres umowy :** 1 styczeń 2025 r. – 31 grudzień 2025 r.
- 2) **Miejsce świadczenia usługi** – laboratorium spełniające wymogi fachowe i sanitarne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakie powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
Przyjmowanie materiału do badań będzie odbywało się w gabinetach zabiegowych poszczególnych jednostek organizacyjnych SPZPOZ-u w oparciu o własny personel medyczny .
- 3) **Dostępność usług:** odbiór materiału do badań w określonych dniach tj.:
 - poniedziałek - Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie (27-353 Rzecznów 1A)
 - środa - Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie (27-353 Rzecznów 1A),
Ośrodek Zdrowia w Paszowej Woli (Pasztowa Wola 29 A ,27-353 Rzecznów)
 - piątek - Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie (27-353 Rzecznów 1A),
Ośrodek Zdrowia w Grabowcu (Grabowiec ul. Rynek 11A ,27-353 Rzecznów),

w godzinach od 10.00 - do 11.00

4) Sposób realizacji zamówienia :

- badania będą odbywały się na podstawie imiennych skierowań wygenerowanych z systemu gabinetowego mMedica opatrzonych pieczętą i podpisem upoważnionego lekarza,
- przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia systemów do pobierania materiału wraz z kodami kreskowymi i odbioru materiału na własny koszt,
- wyniki badań znacznie odbiegające od normy, co może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta będą uznawane przez strony za pilne i przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Zleceniodawcy,
- przyjmujący zlecenie będzie udostępnił Zleceniodawcy wyniki badań wykonanych w związku z realizacją umowy w formie papierowej oraz w formie elektronicznej.

4. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

Wymagania stawiane wykonawcy:

- 1) Wykonawcy ubiegający się o zamówienie muszą spełniać niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu:
 - a) posiadać uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
 - b) posiadać wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania zamówienia;
 - c) dysponować odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia;
 - d) znajdować się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
 - e) posiadać aktualny wpis do ewidencji laboratoriów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz podlegać kontroli międzylaboratoryjnej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2014 r. poz.1384 z późn. zm. Art.17 ust 4).
- 2) Wykonawca musi dysponować odpowiednim potencjałem technicznym tj. bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem zamówienia.
- 3) Wykonawca jest odpowiedzialny za przebieg oraz terminowe wykonanie zamówienia.
- 4) Wymagana jest należyta staranność przy realizacji zobowiązań umowy.
- 5) Wykonawca zobowiązany jest do posiadania polisy OC, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zawartej na warunkach przewidzianych przez przepisy prawa przez cały czas obowiązywania umowy. Jeżeli w trakcie obowiązywania umowy polisa OC ulegnie zakończeniu , Oferent zobowiązany jest do zawarcia nowej polisy OC celem zapewnienia ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w czasie wykonywania przedmiotowej umowy.
- 6) Ustalenia i decyzje dotyczące wykonywania zamówienia uzgadniane będą przez Zamawiającego z ustanowionym przedstawicielem Wykonawcy.

5. WYBÓR WYKONAWCY REALIZUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

- 1) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. W ramach poszczególnego zadania wykonawca musi złożyć ofertę na wszystkie elementy wychodzące w skład danego zadania.
- 2) Ceny jednostkowe badań podane przez wykonawcę są stałe w okresie realizacji umowy i nie ulegają zmianie.

6. WARUNKI PŁATNOŚCI:

- 1) Rozliczenie następować będzie, po przedstawieniu faktury lub rachunku w rozliczeniu miesięcznym wraz z wykazem imiennym pacjenta, jednostki organizacyjnej, osoby zlecającej i rodzaju badania.
- 2) Płatności za wykonanie zamówienia nastąpią przelewem.

7. TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY:

- 1) Ofertę można złożyć:
 - w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie w godz. 8.00.15.00
 - wysłać e-mail : sekretariat@spzpozrzeczniow.pl
 - wysłać pocztą na adres : Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie, 27-353 Rzeczników 1A (decyduje data i godzina wpływu).
- 2) Ofertę w formie papierowej należy umieścić w zamkniętej kopercie oznaczonej napisem:
„Oferta cenowa na świadczenie usług medycznych w zakresie badań laboratoryjnych”
- 3) Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **18.11.2024 r.** do godz.15.00
Osobą upoważnioną ze strony Zleceniodawcy do kontaktu jest Pani Ewelina Kubiś-Stępień
tel. 48 616 70 06 .

Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi oferty handlowej, a otrzymana odpowiedź ofertowa nie powoduje żadnych zobowiązań wobec stron.

Załączniki: załącznik nr 1 - formularz oferty
załącznik nr 2 - wzór umowy

Rzeczników dn. 06.11.2024 r.

Zatwierdzam:

.....

OFERTA

-
dot. zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest wykonywania badań laboratoryjnych na zlecenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie.

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia nr **SPZPOZ/1/DN/2024** na wykonywanie badań diagnostycznych i przyjmuję do wiadomości treść zaproponowanej umowy, zakres przedmiotu zamówienia oraz czas trwania umowy.

Data i podpis oferenta:

2. Dane o ofercie:

Nazwa podmiotu leczniczego:

.....

Imię i Nazwisko:

.....

Adres:

.....

Organ rejestrowy i numer wpisu:

.....

NIP:

REGON:

3. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia z zestawieniem szacunkowego zapotrzebowania:

| L.p. | Nazwa badania | Planowana roczna ilość badań | Cena jednostkowa brutto |
|-----------|---|------------------------------|-------------------------|
| I | | | |
| 1. | morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi | 2500 | |
| 2. | morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi | 30 | |
| 3. | retykulocyty | 8 | |
| 4. | odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.) | 1600 | |
| II | | | |
| 1. | sód | 1000 | |
| 2. | potas | 1500 | |
| 3. | wapń zjonizowany | 0 | |
| 4. | żelazo | 1300 | |
| 5. | żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC) | 9 | |
| 6. | stężenie transferyny | 9 | |
| 7. | stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | 230 | |
| 8. | mocznik | 120 | |
| 9. | kreatynina | 2300 | |
| 10. | glukoza | 2400 | |
| 11. | test obciążenia glukozą | 100 | |
| 12. | białko całkowite | 15 | |
| 13. | proteinogram | 2 | |
| 14. | albumina | 20 | |
| 15. | białko C-reaktywne (CRP) | 1550 | |
| 16. | kwasek moczowy | 1500 | |
| 17. | cholesterol całkowity | 1800 | |
| 18. | cholesterol-HDL | 1700 | |
| 19. | cholesterol-LDL | 1700 | |
| 20. | triglicerydy (TG) | 1700 | |
| 21. | bilirubina całkowita | 390 | |
| 22. | bilirubina bezpośrednia | 2 | |
| 23. | fosfataza alkaliczna (ALP) | 5 | |
| 24. | aminotransferaza asparaginianowa (AST) | 1500 | |
| 25. | aminotransferaza alaninowa (ALT) | 1500 | |
| 26. | gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP) | 90 | |
| 27. | amylaza | 90 | |
| 28. | kinaza kreatynowa (CK) | 8 | |
| 29. | fosfataza kwaśna całkowita (ACP) | 0 | |
| 30. | czynnik reumatoidalny (RF) | 40 | |
| 31. | miano antystreptolizyn O (ASO) | 3 | |
| 32. | hormon tyreotropowy (TSH) | 1900 | |
| 33. | antygen HBs-AgHBs | 50 | |
| 34. | VDRL | 0 | |
| 35. | FT3 | 700 | |
| 36. | FT4 | 750 | |
| 37. | PSA-antygen swoisty stercza | 500 | |
| 38. | wskaźnik protrombinowy (INR) | 480 | |
| 39. | czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) | 100 | |
| 40. | fibrynogen | 10 | |
| 41. | ferrytyna | 30 | |
| 42. | witamina B12 | 30 | |
| 43. | kwasek foliowy | 20 | |
| 44. | p/c przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi 3 | 10 | |

| | | | |
|----------------------|---|------|--|
| | (a CCP) | | |
| 45. | HCV-p/c przeciw HCV (WZW typu C) | 25 | |
| 46. | CA 125 | 5 | |
| 47. | HIV | 5 | |
| 48. | Grupa krwi | 5 | |
| 49. | Odczyn Coombsa | 5 | |
| 50. | UACR (wskaźnik albumin/kreatynina w moczu) | 5 | |
| 51. | Prolaktyna | 5 | |
| 52. | Toxoplazmoza gondi przeciwciała IgM | 5 | |
| 53. | Toksoplazmoza gondi przeciwciała IgG | 5 | |
| | Różyczka | 5 | |
| 54. | Lit | 5 | |
| | Test kiłowy WR | 5 | |
| 55 | Immunoglobuliny E całkowite (IgE) | 3 | |
| 56 | Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowym oznaczeń dotyczących alergii wziewnych, | 5 | |
| 57 | Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10 punktowym Oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych | 5 | |
| 58. | Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20 punktowym oznaczeń dotyczących alergii wziewnych | 20 | |
| 59 | Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20 punktowym oznaczeń dotyczących alergii pokarmowych | 20 | |
| MIKROBIOLOGIA | | | |
| 1. | Mikrobiologia -posiew moczu z antybiogramem | 150 | |
| 2. | posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 5 | |
| 3. | posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella | 5 | |
| 4. | wymaz z pochwy (GBS) | 5 | |
| II MOCZ | | | |
| 1. | Mocz -ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopowa osadu | 1700 | |
| 2. | ilościowe oznaczenie białka | 3 | |
| 3. | ilościowe oznaczenie glukozy | 0 | |
| 4. | ilościowe oznaczeni wapnia | 0 | |
| 5. | ilościowe oznaczeni amylazy | 0 | |
| III KAŁ | | | |
| 1. | Kał -badanie ogólne | 5 | |
| 2. | pasożyty | 60 | |
| 3. | krew utajona-metodą immunochemiczną | 45 | |
| 4. | helicobacter pylori w kale - antygen | 3 | |

4. Oświadczenie oferenta o zarejestrowaniu się w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) – Narodowego Funduszu Zdrowia:

.....

Data i czytelny podpis oferenta:

.....

PROJEKT UMOWY
na świadczenia usług medycznych w zakresie badań laboratoryjnych

zawarta dnia w pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Podstawowej Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Rzecznowie, 27-353 Rzecznów 1A, zarejestrowanym przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie w siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000225880, NIP 509-001-01-27, REGON: 140014479, zarejestrowaną w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia SZOI pod numerem 70300336 zwanym w dalszej treści umowy „**Zleceniodawcą**”, reprezentowanym przez:
Macieja Grekowicza – Kierownika

a
..... z siedzibą w, przy
ul. zarejestrowaną przez
..... pod numerem KRS NIP
REGON zwaną
w dalszej treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”, reprezentowaną przez:
..... Pełnomocnika

zwane zaś dalej łącznie „**Stronami**”, a osobno „**Stroną**”,

Strony zawierają umowę (dalej: „**Umowa**”) o treści następującej:

§ 1

1. **Zleceniodawca** zleca, a **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje do wykonania badania laboratoryjne (dalej: „**Badania**”), których wykaz określa Cennik Badań, stanowiący **załącznik nr 1** do niniejszej Umowy.
Lista badań umieszczona w cenniku jest pełną listą badań jakich obecnie potrzebuje Zleceniodawca do pełnej diagnostyki pacjentów ,z zastrzeżeniem w pkt. a)
a) w przypadku pojawienia się potrzeby wykonania badań nieujętych w zestawieniu stanowiącym załącznik nr 1 do umowy dopuszcza się możliwość rozszerzenia pakietu o nowe badania po obustronnym ustaleniu warunków ich realizacji i sporządzeniu stosownego aneksu do umowy.
2. Badania otrzymanego materiału będą wykonywane na podstawie indywidualnych skierowań z numerami PESEL pacjenta, opatrzonych pieczętką z danymi **Zleceniodawcy** oraz pieczętką i podpisem upoważnionego reprezentanta Zleceniodawcy oraz innymi cechami wymagalnymi przepisami prawa w stosunku do skierowania.
3. **Zleceniodawca** pobiera materiał we własnym zakresie i znakuje go kodami kreskowymi.
4. **Przyjmujący zamówienie** odbiera materiał do wykonania badań we własnym zakresie i na własny koszt w następujące dni: **poniedziałek** -Rzecznów 1A, 27-353 Rzecznów, **środa** : Rzecznów 1A 27-353 Rzecznów, Pasztowa Wola 29 A, 27-353 Rzecznów, **piątek**: Rzecznów 1A 27-353 Rzecznów, Grabowiec ul. Rynek 11A, 27-353 Rzecznów w godzinach 10.00-11.00.

5. Systemy do pobrania materiału do Badań dostarcza **Przyjmujący zamówienie**. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia wyników zarówno w formie pisemnej jak również elektronicznej w formacie obsługiwany przez oprogramowanie Zleceniodawcy (mMedica) zgodnie z Polską Implementacją Krajową HL7 CDA oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych. Koszty związane z dostosowaniem systemu informatycznego **Przyjmującego zamówienie** do możliwości przesyłania wyników w ww. formacie do Zleceniodawcy ponosi **Przyjmujący zamówienie**.
6. Wyniki badań znacznie odbiegające od normy są uznawane przez obie Strony za zagrażające zdrowiu i życiu pacjenta. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia o powyższym **Zleceniodawcy** telefonicznie lub e-mail; Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie – Rzecznów 1A (placówka macierzysta) tel.: 48 616 70 06, e-mail :sekretariat@spzpozrzeczniow.pl.
Ośrodek Zdrowia w Pasztovej Woli – Pasztowa Wola 29A, tel.: 48 616 22 93
Ośrodek Zdrowia w Grabowcu – Grabowiec ul. Rynek 11A tel.: 48 616 70 64.
7. **Przyjmujący zamówienie** udostępni **Zleceniodawcy** wyniki Badań wykonanych w związku z realizacją niniejszej Umowy. Wyniki Badań będą udostępnione dla osób upoważnionych przez Zleceniodawcę na platformie: Wykaz osób upoważnionych przez Zleceniodawcę do odbioru wyników Badań przez Internet stanowi **załącznik nr 2** do Umowy. Zmiana wykazu osób upoważnionych przez Zleceniodawcę do odbioru wyników Badań, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie stanowi zmiany Umowy i dla swej skuteczności będzie wymagała jednostronnego pisemnego oświadczenia **Zleceniodawcy** skierowanego do **Przyjmujący zamówienie**. **Zleceniodawca** oświadcza, iż wskazane przez niego osoby, o których mowa w niniejszym ustępie, będą uprawnione, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, do odbioru wyników Badań. **Zleceniodawca** oświadcza także, że udostępnienie wyników Badań jest niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez **Zleceniodawcę**.
8. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy z najwyższą starannością na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej.
9. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że spełnia standardy i wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania niniejszej Umowy.
10. **Zleceniodawca** oświadcza, że jest podmiotem realizującym świadczenia zdrowotne, wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (nr w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zarejestrowaną w Portalu Narodowego Fundusze Zdrowia SZOI pod numerem 70 300 336) Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą stanowi **załącznik nr 3** do Umowy.

§2

1. W związku z wykonywaniem przez Strony ich obowiązków wynikających Umowy dochodzi do udostępnienia danych osobowych pacjentów Zleceniodawcy do **Przyjmującego zamówienie** (dalej: „Pacjenci”).
2. Z chwilą udostępnienia danych osobowych przez Zleceniodawcę, **Przyjmujący zamówienie** staje się ich administratorem w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy oraz wykonywania obowiązków ciążących na nim z mocy prawa.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych Pacjentów przez **Przyjmującego zamówienie**

jest art. 9 ust. 2 lit. h 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 uchylenie dyrektywy 95/46/WE (dalej „Rozporządzenie”).

4. Zakres udostępnionych danych osobowych obejmuje: imię, nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia, płeć, miejsce zamieszkania oraz niezbędne istotne dane kliniczne.
5. Przetwarzając dane osobowe Pacjentów, Strony przestrzegają przepisów Rozporządzenia. Strony zobowiązują się na bieżąco śledzić zmiany regulacji ochrony danych osobowych i dostosować sposób przetwarzania danych, w tym w szczególności procedury wewnętrzne i sposoby zabezpieczenia danych osobowych do aktualnych wymagań prawnych.
6. Strony oświadczają, że wdrożyły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, adekwatne do rodzaju przetwarzanych danych oraz ryzyka naruszenia praw osób, których te dane dotyczą, w związku z przetwarzaniem danych Pacjentów.
7. Strony w celu zachowania najwyższych Standardów ochrony danych osobowych będą ewidencjonowały dane, które były udostępniane. Ewidencja będzie zawierała: dane podmiotu wnioskującego, podstawę udostępnienia, datę udostępnienia, zakres udostępnienia.
8. W przypadku sporów, roszczeń, skarg związanych z przetwarzaniem danych Pacjentów w związku z realizacją Umowy, Strony zobowiązane są informować się nawzajem oraz wspierać w udzielaniu wyjaśnień, dostarczaniu dokumentów oraz wykonywać inne czynności, jeżeli będą konieczne do obrony przed tymi roszczeniami.
9. Strony zobowiązują się niezwłocznie nawzajem informować o stwierdzonym naruszeniu bezpieczeństwa ochrony danych osobowych Pacjentów, jeżeli naruszenie to może mieć wpływ na realizację obowiązków przez drugą Stronę lub może skutkować jej odpowiedzialnością.
10. Strony ustalają, że punktem kontaktowym pomiędzy Stronami w zakresie ochrony danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych dostępny pod adresem:
 - a) Dla Zleceniodawcy: iod@spzpozrzeczniow.pl
 - b) Dla Przyjmującego zamówienie:

§ 3

1. Wynagrodzenie **Przyjmującego zamówienie** za wykonane Badania będzie ustalane w miesięcznych okresach rozliczeniowych w oparciu o zestawienie badań według ich cen jednostkowych do niniejszej Umowy. Ceny w **załączniku nr 1** są cenami brutto.
2. Do każdej faktury **Przyjmujący zamówienie** załączy wykaz zrealizowanych badań z podziałem na jednostki organizacyjne SPZPOZ w Rzecznowie jak i na osoby zlecające badania.

§ 4

Strony ustalają następujące warunki płatności:

1. **Przyjmujący zamówienie** sporządza faktury VAT za okres jednego miesiąca, do 7 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni, na podstawie wykazu wykonanych Badań.
2. **Zleceniodawca** zobowiązuje się do zapłaty za wykonane Badania, przelewem, na rachunek bankowy **Przyjmujący zamówienie** wskazany na fakturze VAT, w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury VAT.

3. **Zleceniodawca** oświadcza, że zlecane Badania będą wykonywane w celu zapewnienia pacjentom **Zleceniodawcy** opieki medycznej w zakresie profilaktyki zdrowia, zachowania zdrowia, ratowania zdrowia, przywracania i poprawy zdrowia.
4. **Przyjmujący zamówienie** dopuszcza dostarczanie faktur Zleceniodawcy w formacie pliku PDF drogą elektroniczną na adres e-mail: sekretariat@spzpozrzeczniow.pl, a **Zleceniodawca** wyraża zgodę, o której mowa w art. 106n ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług, na stosowanie przez **Przyjmującego zamówienie** faktur elektronicznych, Za datę doręczenia Zleceniodawcy faktury drogą elektroniczną uznaje się dzień wysłania maila na adres wskazany w zdaniu poprzedzającym. Zleceniodawca oświadcza jednocześnie, że osoba lub osoby posiadające dostęp do wskazanego w niniejszym ustępie adresu e-mail Zleceniodawcy, będą zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa każdorazowo upoważnione do odbioru i wglądu w faktury oraz w inne dokumenty zawierające dane osobowe, umieszczone na zestawieniach załączonych do faktur.
5. **Zleceniodawca** wyraża zgodę na wystawianie przez **Przyjmującego zamówienie** faktur VAT bez podpisu odbiorcy.

§ 5

1. Strony wyznaczają następujących koordynatorów do współpracy przy realizacji Umowy:
 - 1) ze strony Zleceniodawcy:
 - a) Maciej Grekowicz tel. 602 576 607; adres e-mail: sekretariat@spzpozrzeczniow.pl
 - b) Ewelina Kubiś-Stepień tel. 48 616 70 06; adres e-mail: sekretariat@spzpozrzeczniow.pl
 - 2) Ze strony **Przyjmującego zamówienie**
 - a)
2. Ewentualna zmiana osób lub danych, o których mowa w ust. 1 powyżej nie stanowi zmiany Umowy i dla swej skuteczności będzie wymagała jednostronnego pisemnego oświadczenia Zleceniodawcy lub **Przyjmującego zamówienie** skierowanego odpowiednio do drugiej Strony.

§ 6

1. Umowa została zawarta na czas określony od **01.01.2025 r. – 31.12.2025r.**
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku opóźnienia **Zleceniodawcy** w płatności którejkolwiek z faktur VAT przekraczającego 30 dni.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umowa mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8

Ewentualne spory wynikające z niniejszej Umowy lub mogące powstać na tle realizacji

niniejszej Umowy, będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy miejscowo według siedziby Zleceniodawcy.

§ 9

Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, chyba, że w Umowie wyraźnie zastrzeżono inaczej.

§ 10

Umowę sporządzoną w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, każdy na prawach oryginału, po jednej dla każdej ze Stron.

§ 11

Strony zgodnie postanawiają, iż wszelkie reklamacje związane z wykonywaniem i realizacją niniejszej Umowy przez **Przyjmującego zamówienie**, będą zgłaszane przez **Zleceniodawcę**, wyłącznie za pośrednictwem platformy dostępnej pod adresem: Wniesienie reklamacji w innej formie, niż wskazana w zdaniu poprzedzającym, będzie bezskuteczne.

§ 12

Następujące załącznik do Umowy stanowią jej integralną część:

- 1) Załącznik nr 1 – Cennik Badań;
- 2) Załącznik nr 2 – Wykaz osób upoważnionych przez Zleceniodawcę do odbioru wyników Badań;
- 3) Załącznik nr 3 – Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- 4) Załącznik nr 4 – KRS Przyjmującego zamówienie;
- 5) Załącznik nr 5 – KRS/CEiDG Zleceniodawcy

.....
Zleceniodawca

.....
Przyjmujący zlecenie