

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

(do niniejszego postępowania nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000,00 euro)

Zamawiający: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35 zaprasza do składania ofert na:

Najem 2 sztuk aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych z modulem regionalnej antykoagulacji cytrynianowej.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wskazano w Zestawieniu parametrów technicznych stanowiącym załącznik nr 2 do zaproszenia .

Okres najmu: 20.04.2019 r. do dn. 29.05.2020 r.

Termin dostarczenia aparatu: nie później niż 19.04.2019 r.

Szczegółowe warunki realizacji zawiera wzór umowy (załącznik nr 3 do niniejszego zaproszenia).

Oferta powinna zawierać:

- 1) Wypełniony czytelnie, podpisany i opieczetowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy formularz ofertowy według druku stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia
- 2) Wypełnione czytelnie, podpisane i opieczetowane zestawienia parametrów technicznych według druku stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia
- 3) Pełnomocnictwo osoby lub osób podpisujących ofertę, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów rejestrowych.

Kryterium oceny ofert – 100% cena

Całkowita cena najmu podana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty realizacji zamówienia.

Miejsce i termin składania ofert – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35 40-514 Katowice, Sekretariat – pokój D021 – w terminie do dnia 15.03.2019 r. do godz. 12:00

Ofertę należy złożyć w zamkniętej, opisanej według poniższego wzoru kopercie:

„Nazwa, adres Wykonawcy

.....

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
im. prof. K. Gibińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Ceglana 35 40-514 Katowice**

**„Oferta na Najem 2 sztuk aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych”
– Nie otwierać przed 15.03.2019, godz.12:00”**

Osoba uprawniona do porozumiewania się z wykonawcami:

Ewa Kamzela Dział Zamówień Publicznych pok. E055 tel. 32 3581-445

e-mail: bpz@uck.katowice.pl w godzinach pracy od poniedziałku do piątku w godz. 7.25 – 15.00.

Zamawiający zastrzega sobie prawo:

- do nie dokonania wyboru Wykonawcy bez podania przyczyn
- wezwania wykonawcy do złożenia wyjaśnień dotyczących informacji zawartych w ofertach
- poprawienia oczywistych omyłek rachunkowych i pisarskich
- uzupełnienia brakujących dokumentów.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35, Tel. 32 3581200 fax. 32 251-84-37 lub 32/358-14-32, adres strony [www: https://www.uck.katowice.pl/](http://www.uck.katowice.pl/)
- inspektorem ochrony danych w Uniwersyteckim Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach jest Pan Patryk Rozumek tel. 32 3581 433, iod@uck.katowice.pl
- uzyskane w niniejszym postępowaniu dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem pn. **„Najem 2 sztuk aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych z modulem regionalnej antykoagulacji cytrynianowej” - DZP/381/8/EAT/2019**
- odbiorcami uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r o dostępie do informacji publicznej (t. j. D.U. z 2016 r., poz. 1764) oraz wymaganiami prawa powszechnego,
- uzyskane w niniejszym postępowaniu dane osobowe będą przechowywane, przez okres 5 lat od dnia zakończenia postępowania
- obowiązek podania danych osobowych bezpośrednio dotyczących danej osoby jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach kodeksu
- w odniesieniu do uzyskanych w postępowaniu danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba, której dane osobowe dotyczą posiada:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych jej dotyczących (Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z wymaganiami prawa powszechnie obowiązującego);
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (**Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba, której dane osobowe dotyczą uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje osobie, której dane osobowe dotyczą:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania tych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Zestawienie parametrów technicznych
3. Wzór umowy

Z upoważnienia Dyrektora
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Madej
mgr Karina Madej
Kierownik Działu Zamówień Publicznych

.....
pieczęć firmowa wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY
DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO im. Prof. K. Gibińskiego
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH

Nazwa Wykonawcy

Siedziba:

Adres zamieszkania*

**) dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz wspólników w spółce cywilnej*

REGON NIP

Tel. fax

strona www e-mail

numer konta (w celu wpisania do umowy – nieobowiązkowo)

Osoba wskazana do kontaktu z Zamawiającym
.....

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **Najem 2 sztuk aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych z modulem regionalnej antykoagulacji cytrynianowej**

1. oferujemy realizację oferujemy realizację całości zamówienia za następującą cenę:

cena ofertowa netto zł

należny VAT %tjzł

Cena ofertowa brutto: zł

w tym:

miesięczny czynsz najmu netto za obydwa aparaty zł

należny VAT zł

Miesięczny czynsz najmu brutto za obydwa aparaty zł

Powyższa cena zawiera wszystkie koszty realizacji zamówienia. Wynagrodzenie będzie płatne w formie miesięcznego czynszu najmu.

2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.*

**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, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*

3. Oświadczamy, że

- oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania opisane w załączniku nr 2 do Zaproszenia, jesteśmy świadomi, że niespełnienie któregokolwiek z wymogów spowoduje odrzucenie oferty;
- zawarta w Zaproszeniu do składania ofert treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych
do reprezentowania wykonawcy

**Parametry techniczne aparatu do ciągłych terapii nerkozastępczych
z modulem regionalnej antykoagulacji cytrynianowej – 2 szt.**

Producent urządzeń:

Nazwa/model/typ urządzeń

Numer seryjny urządzenia 1

Numer seryjny urządzenia 2

Lp.	Parametry i funkcje graniczne	Wartość wymagana	Potwierdzenie spełnienia wymagań
1.	Rok produkcji – nie starszy niż 2014 r.	TAK	TAK/NIE *
2.	Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żyłno – żyłnej filtracji (CVVH)	TAK	TAK/NIE *
3.	Możliwość wykonania zabiegu żyłno – żyłnej hemodializy (CVVHD)	TAK	TAK/NIE *
4.	Możliwość wykonania zabiegu żyłno – żyłnej hemodiafiltracji (CVVHDF)	TAK	TAK/NIE *
5.	Możliwość wykonania zabiegu powolnej ciągłej ultrafiltracji (SCUF)	TAK	TAK/NIE *
6.	Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (PF)	TAK	TAK/NIE *
7.	Możliwość wykonania zabiegu hemoperfuzji (HP)	TAK	TAK/NIE *
8.	Graficzny kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia	TAK	TAK/NIE *
9.	Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min.	TAK	TAK/NIE * Podać
10.	Regulowana ultrafiltracja 0 – 100 ml/min.	TAK	TAK/NIE * Podać
11.	Przepływ płynu substytucyjnego od 10 – 160 ml/min.	TAK	TAK/NIE * Podać
12.	Przepływ dializatu od 10 – 70 ml/min.	TAK	TAK/NIE * Podać
13.	Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu	TAK	TAK/NIE *

14.	Możliwość regulacji temperatury w zakresie 35 – 39 °C	TAK	TAK/NIE *
15.	Regulacja przepływu pompy krwi od 10 – 500 ml/min.	TAK	TAK/NIE* Podać
16.	Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego hemofiltru w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety	TAK	TAK/NIE *
17.	System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafiltratu, itp.	TAK	TAK/NIE *
18.	Dokładność ważenia – 1 g	TAK	TAK/NIE *
19.	Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (CF) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu.	TAK	TAK/NIE *
20.	Cztery pompy umożliwiające przepływ krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, ultrafiltratu lub osocza	TAK	TAK/NIE *
21.	Niezależne odpowietrzanie drenów substytutu, dializatu i filtratu	TAK	TAK/NIE *
22.	Możliwość poboru płynu dializacyjnego z 4 worków po 5 l. jednocześnie	TAK	TAK/NIE *
23.	Moduł cytrynian – wapń	TAK	TAK/NIE *
24.	Ciągła hemodializa i hemodiafiltracja z regionalną antykoagulacją cytrynianową (CVVHD i CVVHDF CiCa)	TAK	TAK/NIE *
25.	Możliwość zmiany rodzaju antykoagulacji z cytrynianowej na heparynową w trakcie zabiegu bez konieczności zmiany zestawu drenów	TAK	TAK/NIE *
26.	Możliwość prowadzenia jednoczesnej antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej bez dodatkowych urządzeń	TAK	TAK/NIE *
27.	Detektor przecieku krwi	TAK	TAK/NIE *
28.	Dwa niezależne detektory powietrza	TAK	TAK/NIE *
29.	Dwie niezależne pułapki powietrza (za i przed hemofiltrem)	TAK	TAK/NIE *
30.	Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim	TAK	TAK/NIE *

* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

UWAGI:

- 1) W kolumnie „Wartość wymagana” w pozycjach TAK/NIE* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
 - 2) W kolumnie „Potwierdzenie spełnienia wymogów” w polu „podać” wystarczy podać wskazaną przez Zamawiającego informację bez konieczności dodatkowego opisywania parametru.
 - 3) Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji
- Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w zaproszeniu
 - Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
 - Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

Wzór

Umowa nr

(do niniejszej umowy nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000,00 euro)

zawarta w dniu w Katowicach.

Strony umowy:

Zamawiający – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**40-514 Katowice, ul. Ceglana 35**

KRS 0000049660, NIP 954-22-74-017, REGON 001325767

reprezentowane przez:

Dyrektora – Tomasza Kajora

Wykonawca

—

KRS NIP, REGON

§ 1**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Na podstawie złożonego formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy, Wykonawca wynajmuje Zamawiającemu **2 sztuki aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych z modulem regionalnej antykoagulacji** zwanych dalej Aparatami o parametrach wskazanych w Zestawieniu Parametrów Technicznych stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Wykonawca w ramach umowy dostarczy aparaty do wskazanego miejsca w siedzibie Zamawiającego, zainstaluje je, uruchomi i przeprowadzi szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi.
3. W ramach otrzymanego wynagrodzenia, po zakończeniu umowy, Wykonawca odbierze aparaty z siedziby Zamawiającego.
4. Wykonawca oświadcza, że jest właścicielem Aparatów i wskazuje, iż wartość pojedynczej sztuki aparatu wynosi

§ 2**WARUNKI REALIZACJI UMOWY**

1. Umowa została zawarta na okres od dnia **20.04.2019 r.** do dnia **29.05.2020 r.**
2. Wydanie aparatów nastąpi w terminie do dnia 19.04.2019 r. i będzie potwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym zawierającym szczegółowy opis przedmiotu najmu z uwzględnieniem jego stanu technicznego i dołączonego wyposażenia (wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy). Zamawiającemu zostaną dostarczone dokumenty niezbędne do prawidłowego korzystania z aparatu, w szczególności Deklaracja WE, Certyfikat CE, instrukcję obsługi w języku polskim.
3. Wraz z aparatami Wykonawca dostarczy Zamawiającemu kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
4. Zamawiający zobowiązuje się używać aparatów zgodnie z ich przeznaczeniem, zgodnie z treścią dostarczonych instrukcji obsługi, w sposób zapewniający prawidłowe i bezpieczne użytkowanie.
5. Zamawiający zobowiązuje się do nieudostępniania aparatów osobom trzecim bez pisemnej zgody Wykonawcy.
6. Wykonawca dokonuje przeglądów i napraw aparatów na własny koszt z tym zastrzeżeniem iż, jeśli awaria aparatu będzie zawiniona przez pracowników Zamawiającego koszt naprawy zostanie poniesiony przez Zamawiającego.
7. Termin naprawy do 3 dni roboczych (tj. od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy) od chwili zgłoszenia. Jeśli wykonanie naprawy będzie niemożliwe w tym terminie, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu nieodpłatnie aparat zastępczy.
8. Naprawy aparatu będą wykonywane w siedzibie Zamawiającego przez autoryzowany serwis producenta -

§ 3 WYNAGRODZENIE I WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Miesięczny czynsz najmu za 2 sztuki aparatów wyniesie:
..... zł netto.
..... zł brutto.
Podana kwota zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem czynności opisanych w niniejszej umowie.
W przypadku gdy czynsz jest należny za okres trwający krócej niż miesiąc kalendarzowy Wykonawcy należy się za ten okres czynsz obliczony proporcjonalnie w stosunku do czynszu należnego za cały miesiąc.
2. Do wskazanej kwoty zostanie doliczony podatek VAT według aktualnych stawek obowiązujących w dniu wystawiania poszczególnych faktur. Płatność dokonywana będzie na podstawie faktury VAT wystawionej przez Wykonawcę w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, przelewem na następujący numer rachunku bankowego Wykonawcy W przypadku gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie, obowiązuje termin płatności określony w umowie.
3. Całkowita wartość umowy wyniesie:
cena netto zł
VAT % zł
Cena brutto: zł
Słownie: zł
4. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 4 KARY UMOWNE

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
 - w wysokości 0,2 % kwoty wynagrodzenia brutto określonej w § 3 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia w wydaniu aparatu Zamawiającemu względem terminu określonego w § 2 ust. 2 umowy;
 - w wysokości 0,2 % kwoty wynagrodzenia brutto określonej w § 3 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu naprawy lub w dostarczeniu aparatu zastępczego względem terminów określonych zgodnie z § 2 ust. 7 umowy.
2. Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych poprzez potrącenie ich na podstawie księgowej noty obciążeniowej z jakimikolwiek należnościami Wykonawcy. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych powyżej, nota księgowa obciążeniowa płatna będzie do 14 dni od daty jej otrzymania przez Wykonawcę.
3. W przypadku, gdy wysokość wyrządzonej szkody przewyższa naliczoną karę umowną Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 5 ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez Zamawiającego z 7-dniowym okresem wypowiedzenia.
2. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez Wykonawcę ze skutkiem natychmiastowym w poniższych przypadkach:
 - a) opóźnienia w zapłacie należności wynoszącego przynajmniej 30 dni,
 - b) użytkowania przedmiotu najmu w sposób sprzeczny z jego przeznaczeniem oraz niezgodny z instrukcją obsługi i zaleceniami producenta,
 - c) oddania przedmiotu najmu bez zgody Wykonawcy do używania osobie trzeciej.
3. W razie rozwiązania umowy lub zakończenia okresu jej obowiązywania Zamawiający jest zobowiązany do niezwłocznego wydania aparatów. Wydanie aparatów odbędzie się w siedzibie Zamawiającego i zostanie potwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym (wzór stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy).

§ 6 ORGANIZACJA PRAC ZWIĄZANYCH Z ZAGROŻENIAMI

1. W związku z wdrożoną u Zamawiającego procedurą PB – 4.4.6-02 „Organizowanie prac związanych z zagrożeniami przez wykonawców” (procedura dostępna pod adresem

<https://www.uck.katowice.pl/uploads/files/procedurapb.pdf>) oraz z wymaganiami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy i ochrony przeciwpożarowej Wykonawca oświadcza, że:

- a) zapoznał się z udostępnioną na stronie internetowej Zamawiającego w/w procedurą ,
- b) osoby wykonujące obsługę serwisową posiadają wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami oraz niezbędne dla realizacji umowy szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne według potrzeb,
- c) osoby wykonujące obsługę serwisową przebywające na terenie Zamawiającego będą posiadały widoczne oznakowanie z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

§ 7

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Wykonawca nie może bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Zamawiającego, przelać jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela, może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący Zamawiającego.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Spory wynikłe w trakcie realizacji umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy ze względu na siedzibę Zamawiającego.
5. Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Wykonawcy, a dwa dla Zamawiającego.

Załączniki do umowy:

1. Formularz ofertowy
2. Zestawienie parametrów technicznych
3. Wzór protokołu zdawczo – odbiorczego
4. Wzór protokołu zwrotu aparatu

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

PROTOKÓŁ ZDAWCZO - ODBIORCZY

Aparat.....
nazwa aparatu

firmy..... został w dniu przekazany
producent aparatu

przez przedstawiciela firmy.....

do użytkowania w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

zgodnie z umową z dnia

Odbiorca potwierdza przeprowadzenie: instalacji i uruchomienia w/w aparatu i szkolenia personelu
medycznego w zakresie jego prawidłowej obsługi.

Stan techniczny aparatu: **aparat kompletny i sprawny technicznie.**

Wypożyczenie dostarczone razem z aparatem:

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

.....
podpis przekazującego

.....
podpis odbiorcy

Katowice, dn.

PROTOKÓŁ ZWROTU APARATU

Aparat.....

nazwa aparatu

firmy..... został w dniu zwrócony
producent aparatu

do firmy.....

przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

zgodnie z umową z dnia

.....
podpis przekazującego

.....
podpis odbiorcy