

**POWIATOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RYDUŁTOWACH I WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM Z SIEDZIBĄ
W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM**

ul. 26 Marca 51
44-300 Wodzisław Śląski
Tel. (032) 4591 800
NIP: 647-18-39-389
Regon: 000312455

***Szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w zakresie transportu sanitarnego, dla potrzeb
Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl.
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.***

Zatwierdził

Dyrektor
Dorota Kowalska

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śl.
ogłoszony na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(Dz. U. z 2016 roku poz. 1638 z późn. zm) w związku z art. 140 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia
2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)**

PRZEDMIOT KONKURSU:

- 1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:**
- 1) usług transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską.**
 - 2) usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P.**

Transport będzie dotyczył pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Rydułtowach przy ul. Plebiscytowej 47 oraz Szpitalu w Wodzisławiu Śl. przy ul. 26 Marca 51.

2. Udzielający zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych tj. na jedno lub dwa rodzaje zadań wymienionych w przedmiocie konkursu.

3. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci posiadający minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w prowadzeniu działalności objętej konkursem oraz posiadają niezbędne kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym jego przedmiotem, które zostało potwierdzone przez Oferenta stosowną umową lub treścią dokumentu wystawionego na rzecz Oferenta przez podmiot na rzecz, którego taka umowa była wykonywana.

4. Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789:2008).

6.Okres realizacji umowy: od 01.01.2017r. do 31.12.2018r.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim z możliwością wyłączenia pojęć medycznych.
2. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba(y) uprawniona(e) do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
3. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje osoba(y), która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie

później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.

6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę zgodnie z postanowieniami punktu - Zasady składania ofert z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

ZASADY SKŁADANIA OFERT:

1. Dokumenty konkursowe należy złożyć w zamkniętej kopercie w sekretariacie Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. **do 22.11.2016r. do godz. 12:00** opatrzone napisem: **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -(wpisać odpowiedni zakres).** Otwarcie ofert nastąpi **22.11.2016r. o godzinie 12:15** w Dyrekcji Zakładu.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed ustalonym terminem składania ofert Udzielający zamówienie może zmienić lub zmodyfikować treść wymagań dotyczących składania ofert.
4. O każdej zmianie lub modyfikacji Udzielający zamówienie zawiadamia niezwłocznie uczestników konkursu na swojej stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.
5. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Udzielający zamówienie może przedłużyć termin składania ofert.
6. Wszelka korespondencja (w tym zapytania) do Udzielającego zamówienie powinna być kierowana przez Oferentów pisemnie na adres: Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl. ul 26 Marca 51; 44-300 Wodzisław Śl., tel. (32) 4591829, fax. (32) 4591777, e-mail: lswierczek@zoz.wodzislaw.pl.

ZAWARTOŚĆ OFERT:

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę do reprezentowania oferenta:

- 1) Oferta –Zał. Nr 1 (usługa transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską)
- 2) Oferta – zał. Nr 2 (usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym typu P)
- 3) Oświadczenie – Zał. Nr 3,
- 4) Wykaz personelu – Zał. Nr 4,
- 5) Wykaz pojazdów – Zał. Nr 5,
- 6) Wzór umowy – Zał. Nr 6 (parafowany na każdej stronie),
- 7) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
- 8) **Polisa ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta. W przypadku podpisania oferty przez pełnomocnika należy załączyć ważne pełnomocnictwo.

Brak wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (niepoświadczony za zgodność z oryginałem) skutkować będzie wezwaniem do uzupełnienia braków pod rygorem odrzucenia oferty.

KRYTERIA WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Udzielający zamówienie będzie oceniał oferty według następujących kryteriów oceny:

CENA 100%

Cena będzie obliczana według następującego wzoru:

$$\text{cena} = \frac{\text{najniższa cena oferowana brutto}}{\text{cena oferty badanej brutto}} \times 100\% \times 100$$

Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn. zm.), a także do negocjacji cen i wyboru większej ilości ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 roku poz. 1638 z późn. zm).

POWIADOMIENIE O WYNIKACH

O rozstrzygnięciu konkursu Udzielający zamówienie poinformuje Oferentów na stronie internetowej oraz tablicy ogłoszeń.

UMOWA

Zaoferowana cena za świadczenie nie ulegnie zmianie przez okres obowiązywania umowy.

OFERTA

- 1) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską.

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP:

Numer REGON:

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

.....

FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

Transport sanitarny karetką typu „S” na wezwanie telefonicznie we wszystkie dni tygodnia 24 godziny na dobę.

| Lp. | Asortyment | Ilość km/godz. | Cena jedn. Brutto zł/km zł/godz. | Wartość zamówienia brutto kol. 3x kol. 4 |
|------------------------|-------------------------|----------------|--|--|
| 1. | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Szacunkowa ilość km | 90 000 | | |
| 3. | Szacunkowa ilość godzin | 2 600 | | |
| WARTOŚĆ OGÓLEM: | | | | |

Ilość km i godzin jest szacunkową ilością **na okres 24 miesięcy**.

Środek transportu sanitarnego typu „S” spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789:2008).

.....
miejsowość, data

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OFERTA

- 2) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P.

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP:

Numer REGON:

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

.....

Transport sanitarny karetką typu „P” na wezwanie telefonicznie we wszystkie dni tygodnia 24 godziny na dobę.

| Lp. | Asortyment | Ilość km/godz. | Cena jedn. Brutto zł/km zł/godz. | Wartość zamówienia brutto kol. 3x kol. 4 |
|------------------------|-------------------------|----------------|--|--|
| 1. | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Szacunkowa ilość km | 1300 | | |
| 3. | Szacunkowa ilość godzin | 50 | | |
| WARTOŚĆ OGÓLEM: | | | | |

Ilość km i godzin jest szacunkową ilością **na okres 24 miesięcy**.

Środek transportu sanitarnego typu „P” spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Wyposażenie medyczne środka transportu musi odbywać się zgodnie z określonymi w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z przepisami o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PN-EN 1789:2008).

.....
miejsowość, data

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na wykonywanie usług transportowych będących przedmiotem konkursu dla potrzeb Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śl. z siedzibą w Wodzisławiu Śl.

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- 4) Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 5) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 6) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług medycznych i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
- 7) Nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawarcia umowy.
- 8) Spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.¹

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej

¹ Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

..... dnia 2016 r.

.....
(pieczęć Wykonawcy)

WYKAZ PERSONELU

DANE WYKONAWCY ZAMÓWIENIA:

Pełna nazwa

.....

Adres

Wykaz lekarzy:

| Lp. | Imię i nazwisko | Specjalizacja | Podstawa zatrudnienia |
|-----|-----------------|---------------|-----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Wykaz ratowników, kierowców ratowników:

| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Podstawa zatrudnienia |
|-----|-----------------|------------|-----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

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

....., dnia 2016 r.

.....
(pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ POJAZDÓW
WYZNACZONYCH DO REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU**

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa

.....

Adres

| Lp. | Rodzaj transportu | Marka pojazdu i numer rejestracyjny | Rok produkcji |
|-----|-------------------|-------------------------------------|---------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

1. W załączeniu przedkładam kserokopie dowodów rejestracyjnych pojazdów, a także aktualnych polis OC i NNW.
2. Oświadczam, iż podane samochody są przeznaczone do przewozu pacjentów, wyposażone w sygnalizację świetlno-dźwiękową dla pojazdów uprzywilejowanych w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, środki łączności oraz aparaturę medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
miejsowość i data.....
(podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Umowa nr

zawarta w dniu..... pomiędzy:

Powiatowym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Zakładów Opieki Zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000010918, którego akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 647-18-39-389, adres: ul. 26 marca 51, 44 – 300 Wodzisław Śląski,

zwanym dalej w treści umowy „**Zleceniodawcą**” lub „**Udzielającym zamówienie**”,

w imieniu którego działają:

Dyrektor – Dorota Kowalska,

a

.....

Adres:.....

NIP, REGON,

zwanym w treści umowy „**Zleceniobiorcą**” lub „**Przyjmującym zamówienie**”

reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert rozstrzygniętego dnia przez Komisję Konkursową, strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania:
 - a) **usług transportu samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S z zapewnioną opieką lekarską;**
 - b) **usług transportu samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P.**

2. Transport będzie dotyczył pacjentów hospitalizowanych w Szpitalach w Rydułtowach i w Wodzisławiu Śląskim.

§ 2

1. W ramach realizacji zamówienia Zleceniobiorca zapewnia całodobową gotowość zespołu transportu sanitarnego do realizacji zleceń i zobowiązany jest do przyjmowania zgłoszeń całodobowo, a także do świadczenia usług transportu sanitarnego we wszystkie dni tygodnia, w tym dni świąteczne oraz dni ustawowo wolne od pracy, 24 godziny na dobę, na każde telefoniczne zlecenie Zleceniodawcy. Świadczenia będą wykonywane na podstawie zgłoszenia telefonicznego, potwierdzonego po przyjeździe Zleceniobiorcy do szpitala Zleceniodawcy pisemnym zleceniem, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Czas realizacji usługi liczony będzie od momentu wyjazdu karetki z miejsca jej stacjonowania do czasu jej powrotu do bazy Zleceniobiorcy, po zrealizowaniu usługi wskazanej w zleceniu lekarskim.
3. Transport sanitarny powinien być realizowany najkrótszą trasą lub trasą, która zapewnia najkrótszy czas dojazdu.
4. W sytuacji, gdy Zleceniobiorca po otrzymaniu zlecenia i dojechaniu do miejsca rozpoczęcia transportu nie może wykonać świadczenia objętego umową z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy, otrzyma on wynagrodzenia za przebyte kilometry oraz czas dojazdu.
5. Zleceniodawca zamawia usługę transportową telefonicznie u dyspozytora Zleceniobiorcy pod numerem telefonu najpóźniej 24 godziny przed planowanym transportem - **nie dotyczy to stanów nagłych**, natomiast zlecenie lekarskie musi być przekazywane w momencie zgłoszenia się zespołu transportu sanitarnego w miejscu rozpoczęcia transportu.
6. Wymagany czas reakcji od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki do placówki Zleceniobiorcy **w trybie cito** nie może przekroczyć 90 minut.
7. Zadania Zleceniobiorcy obejmują:
 - a. opiekę medyczną podczas transportu zgodnie z zaleceniem
 - b. przewóz karetką na trasie według zlecenia.W ramach realizacji usługi Zleceniobiorca zobowiązany jest do odbioru pacjenta z oddziału /izby przyjęć i doprowadzenia go do miejsca przeznaczenia.

§ 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddawania kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia

w zakresie wykonywanych świadczeń objętych umową i na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.*).

§ 4

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że do świadczenia usług transportowych, o których mowa w §1 posiada:

- 1) stosowne uprawnienia - zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
- 2) sprzęt, wiedzę techniczną, doświadczenie oraz kadrę pracowników przeszkolonych i wykwalifikowanych, gwarantujące wykonanie usługi z należytą starannością, zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i Polskimi Normami przenoszącymi europejskie normy zharmonizowane.
- 3) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem usług stanowiących przedmiot umowy.

§ 5

Wynagrodzenie za usługi określone w § 1 ustala się następująco:

a) transport sanitarny **karetką S** z zapewnioną opieką lekarską:

- kilometr
- godzina

b) transport sanitarny **karetką P** bez opieki lekarskiej:

- kilometr
- godzina

§ 6

1. Strony ustalają, iż rozliczenie za wykonane usługi odbywać się będzie w okresach miesięcznych.
2. Za wykonane usługi transportowe Zleceniobiorca wystawi fakturę VAT nie później niż 15 dnia od zakończenia miesiąca, w którym dokonano sprzedaży.
3. Zleceniobiorca do każdej faktury zobowiązany jest dołączyć kserokopię zlecenia przewozu chorego.
4. Zleceniodawca będzie regulował należności za świadczone usługi transportowe w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT przelewem na konto Zleceniobiorcy

podane na fakturze.

5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest mu znana sytuacja ekonomiczno-finansowa w szczególności dotycząca płynności finansowej. W przypadku uchybienia terminowi płatności odsetki z tego tytułu będą przedmiotem odrębnych negocjacji.

§ 7

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienie i Przyjmujący zamówienie.

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony **od 01.01.2017r. do 31.12.2018r.** z możliwością rozwiązania z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 9

Zleceniobiorca nie może bez zgody Zleceniodawcy przenieść wierzytelności wynikających z realizacji niniejszej umowy na osoby trzecie.

§ 10

Wszystkie zmiany niniejszej umowy dokonywane będą na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami umowy będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa – właściwe dla przedmiotu umowy.

§ 12

Spory wynikłe w trakcie wykonywania niniejszej umowy Strony zobowiązują się poddać rozstrzygnięciu Sądu właściwego dla Zleceniodawcy.

§ 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

....., dn.
miejsowość data

.....
Pieczętka Zakładu Kierującego

Zlecenie przewozu pacjenta

Proszę o przewiezienie pacjenta.....
nazwisko, imię

PESEL: w dniu....., godzina zgłoszenia.....:

Karetką specjalistyczną (z opieką lekarską) / karetką podstawową (bez opieki lekarskiej)

w pozycji..... do następującego miejsca:

.....
nazwa zakładu / szpitala lub miejsca zamieszkania, adres

Dgn.

.....
Lekarz kierujący

Potwierdzenie przejazdu pacjenta

Potwierdzam przyjazd wyżej wymienionego pacjenta do

..... w dniu..... o godzinie :

.....
pieczętka i podpis

Potwierdzenie wykonania usługi

.....
miejsowość, data

.....
Pieczętka Zleceniodawcy

Godzina wyjazdu z bazy (wypełnia kierowca): :

Godzina wyjazdu z pacjentem (wypełnia kierowca): :

Godzina przyjazdu z pacjentem do miejsca docelowego (wypełnia kierowca): :

Liczba przebytych kilometrów w związku z wykonaniem usługi (wypełnia kierowca):..... km.

.....
Podpis

