**Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH KONCENTRATORÓW TLENU –**

**(szt. 73)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 2018) | **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 02 (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 tlenuWedług 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 | 73 szt. |  |  |  |  |  |  |

**Słownie netto.................................................................................................. PLN**

Słownie brutto::............................................................................................... PLN

1. Określamy następujące warunki płatności – termin płatności 60 dni od daty otrzymania rachunku, faktury na warunkach zgodnych z załączonym do Zapytania Ofertowego projektu umowy.
2. Termin dostawy koncentratorów tlenu do pacjenta ……. godzin.
3. Oświadczam/y, że oferowane koncentratory tlenu zostały wyprodukowane po 2018 r.
4. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/simy do niej żadnych zastrzeżeń.
5. Z naszej strony realizację zamówienia koordynować będzie: ……………………… tel. …………………………, e-mail……………
6. Oferta zawiera/nie zawiera \* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. Inne istotne elementy oferty (jeśli mają zastosowanie podać): ………………………………………………..
8. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. 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.*

1. 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*

1. Ofertę niniejszą składam/y na …….. kolejno ponumerowanych stronach.
2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) …………………………………………………………………..

2) ………………………………………………………………......

…………………..,dn.………………………

…..…........……………………………………...

(podpis wykonawcy)

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 3 do Zapytania
 Ofertowego**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu przez oferowane usługi**

**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 2021 poz. 1129)

**§ 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:
9. opóźnienia w dostarczeniu Osprzętu Medycznego Użytkownikowi w wysokości
200 zł wartości przedmiotu zamówienia za jeden dzień opóźnienia,
10. 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,
11. za niedopełnienie obowiązku wynikającego z § 4ust.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 73 szt. koncentratorów tlenu miesięcznie wynosi:

Netto: ........... **PLN**

Brutto: ........... **PLN**

1. 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 **podstawie ilości dni** jaką Osprzęt Medyczny znajdował się
w posiadaniu **"Użytkownika"** i "**Dzierżawcy"** do dnia wystawienia faktury za dany okres.
2. **"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.
3. W przypadku uchybienia powyższego terminu **"Wydzierżawiający"** może naliczyć odsetki za opóźnienie zgodnie z art.481 K.C
4. 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.

1. **„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.
2. 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.
3. W przypadku przedstawienia przez **„Wydzierżawiającego”** nieczytelnej lubnieprawidłowej faktury VAT **„Dzierżawca”** zastrzega sobieprawo odmówienia jejprzyjęcia.
4. **"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 **28.02.2023 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:
	1. zmiana danych „**Wydzierżawiającego**” (np. zmiana adresu, nazwy) lub zmiana wynikająca z przekształcenia podmiotowego po stronie „**Wydzierżawiającego”** skutkującą sukcesją generalna.
	2. 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.
2. 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 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)