**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 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.** | Instrukcja obsługi w języku polskim | **Wymagane** |  |
| **17.** | Karta gwarancyjna dla każdego koncentratora  i karta aparatu (paszport techniczny) ważna na czas trwania umowy | **Wymagane** |  |
| **18.** | Zapewnienie w czasie trwania umowy bezpłatnych przeglądów serwisowych (jeżeli będzie wymagane w paszporcie) | **TAK** |  |
| **19.** | Prowadzenie karty serwisowania koncentratorów tlenu  Według załączonego wzoru określonego przez NFZ | **TAK** |  |
| **20** | 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

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 2017 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/**……**/2022**

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 71 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, gdyby **"Wydzierżawiający"** zamieścił na fakturzeinny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie.
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 o numerze ……………………………. 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. Na podstawie art. 12 ust. 4i i 4j oraz art. 15d ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych:
2. **„Wydzierżawiający”** ma obowiązek wskazania w umowie rachunku bankowego, który jest zgodny z rachunkiem bankowym przypisanym mu   
   w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, w tym podmiotów których rejestracja jako podatników VAT została przywrócona, prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej zgodnie z art. 96b ustawy   
   o podatku od towarów i usług;
3. W przypadku zmiany rachunku bankowego lub wykreślenia wskazanego w pkt.   
   a rachunku bankowego **„Wydzierżawiającego** z wykazu jest on zobowiązany do poinformowania o tym fakcie „**Dzierżawce”** w terminie 1 dnia od momentu zaistnienia zmiany. Informacja winna zawierać nowy numer rachunku bankowego umieszczony w wykazie, na który mają zostać dokonane płatności, i być podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania „**Wydzierżawiającego”** oraz w pierwszej kolejności przekazana „**Dzierżawcy”** drogą elektroniczną (na adres poczty elektronicznej: ksiegowosc@zsm.czest.pl), a następnie w oryginale do siedziby „**Dzierżawcy”**. Informacja, o której mowa powyżej stanowi podstawę do sporządzenia przez „**Dzierżawce”** aneksu do umowy w zakresie zmiany rachunku bankowego.   
   W przypadku poinformowania „**Dzierżawcy”** o zmianie rachunku bankowego, jego wykreślenia lub stwierdzenia przez Zamawiającego wykreślenia wskazanego w pkt. a rachunku bankowego Wykonawcy z wykazu, płatność wymagalna zostaje zawieszona do dnia wskazania przez „**Wydzierżawiającego”** innego rachunku, który znajduje się w wykazie,   
   o którym mowa w pkt a;
4. W przypadku zawieszenia terminu płatności faktury zgodnie z pkt b, który został określony zgodnie z niniejszą umową, **„Wydzierżawiającemu”** nie będzie przysługiwało prawo do naliczania dodatkowych opłat, kar, rekompensat, ani nie będzie naliczał odsetek za powstałe opóźnienie w zapłacie faktury;

W przypadku, jeżeli „**Dzierżawca”**  dokona wpłaty na rachunek bankowy „**Wydzierżawiającego”** wskazany w umowie, a rachunek ten na dzień zlecenia przelewu nie będzie ujęty w wykazie, o którym mowa w pkt   
a **„Wydzierżawiający”** zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz „**Dzierżawcy”** odszkodowania w wysokości równowartości sankcji jaka zostanie nałożona przez Urząd Skarbowy wobec „**Dzierżawcy”** wraz z należnymi odsetkami lub równowartości podatku dochodowego od osób prawnych, jaki „**Dzierżawca”** zapłaci do Urzędu skarbowego z tytułu okoliczności wynikających z powyższych punktów. Odszkodowanie będzie płatne na podstawie noty księgowej wystawionej przez „**Dzierżawcę”** w terminie 7 dni oda daty jej wystawienia

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.

**§ 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.

**§ 8**

1. Niniejsza umowa została zawarta na okres od dnia **……** r. do dnia **31.03.2023 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.

**§ 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. 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.

**§ 11**

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.

**§ 12**

Umowa wraz z załącznikami stanowi integralną całość.

**§ 13**

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 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)