*Załącznik nr 1 do SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres zadania** | **Przewidywana ilość km na okres 2 m-cy** | **Cena netto PLN za 1 km** | **Stawka Vat za 1 km** | **Cena brutto PLN za 1 km** | **Razem wartość brutto PLN (kol. 3x6)** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| 1. | **Transport sanitarny** | 30 000 |  |  |  |  |
| 2. | **Transport pacjentów dializowanych** | 70 000 |  |  |  |  |
|  | | | |  | **RAZEM** |  |

**Opis przedmiotu zamówienia dla transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy.**

1. **„Transport sanitarny”**
   1. **Usługa będzie obejmowała:**
2. przewóz pacjentów ambulansem transportowym z kierowcą i sanitariuszem lub ratownikiem medycznym w ciągu całej doby we wszystkie dni tygodnia,
3. przewóz pacjentów ambulansem z kierowcą i sanitariuszem lub ratownikiem medycznym z wyposażeniem zgodnym z wytycznymi NFZ dla zespołu podstawowego ratownictwa medycznego w ciągu całej doby we wszystkie dni tygodnia.
4. Skład zespołu: kierowca i sanitariusz/ratownik medyczny.
5. Kierowca zespołu musi spełniać wymagania, dotyczące kierujących pojazdami uprzywilejowanymi, o których mowa w rozdziale 16, art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami **(Dz. U. z 2017 r. poz. 978)** oraz posiadać aktualne świadectwo/certyfikat potwierdzający ukończenie kursu w zakresie udzielania pierwszej pomocy przed medycznej.
6. Ratownik medyczny musi spełniać zasady określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
7. **Pojazd zespołu musi:**
8. być zarejestrowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jako samochód specjalny sanitarny oraz odpowiednio oznakowany,
9. posiadać zezwolenie Ministra Spraw Wewnętrznych na używanie pojazdów samochodowych jako uprzywilejowanych w ruchu drogowym w przypadku wykorzystania tych pojazdów w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, o którym mowa w art. 53 ust. 1 pkt 12) ustawy Prawo o ruchu drogowym **(Dz. U. z 2018 r poz. 1990).**
10. być wyposażony w sygnalizację świetlno - dźwiękową z możliwością jej używania podczas jazdy.
11. posiadać aktualne, dopuszczające do ruchu badania techniczne oraz spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane: Polska Norma **PN-EN 1789+A2:2015+01 lub równoważna** *Pojazdy medyczne i ich wyposażenie - Ambulanse drogowe,* oraz spełniać wymagania normy PN-EN 1865-5;2012 lub równoważnej dotyczące noszy i innego sprzętu do przemieszczania pacjenta, stosowanego w ambulansach drogowych.
12. posiadać ubezpieczenie OC i NW.
13. zaopatrzony w środek łączności np. telefon komórkowy.
14. pojazd powinien zapewniać odpowiednią temperaturę dostosowaną do pory roku (klimatyzacja, ogrzewanie przestrzeni pasażerskiej).

**Pozostałe wymagania:**

1. Usługa transportu sanitarnego będzie zlecana bezpośrednio przez Zamawiającego.
2. Zgłoszenia będą przekazywane przez Zamawiającego Wykonawcy pod numer telefonu Wykonawcy: ………………………………..…., lub na adres e-mail Wykonawcy: …………………………………..**.** W przypadku zleceń wysyłanych pocztą elektroniczną, Wykonawca zobowiązuje się niezwłocznie potwierdzić przyjęcie zgłoszenia.
3. Realizacja transportu odbywać się będzie na podstawie zgłoszenia, które będzie potwierdzane pisemnym zleceniem na przewóz.
4. Potwierdzeniem zlecenia transportu jest „Zlecenie na transport sanitarny”, wypełnione według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
5. Zamawiający wypełnia w dwóch egzemplarzach „Zlecenie na transport sanitarny”, z których jeden odbiera Wykonawca przed wykonaniem usługi, drugi pozostaje u Zamawiającego.
6. W „Zleceniu” Zamawiający wpisuje godzinę zgłoszenia i godzinę przyjazdu karetki. Wykonawca potwierdzi godzinę przyjazdu karetki na „Zleceniu”.
7. Usługa transportu sanitarnego rozpoczyna się z chwilą podstawienia środka transportu do miejsca wezwania , a kończy z chwilą przekazania pacjenta w miejscu docelowym.
8. Liczba usług transportu sanitarnego wynikać będzie z bieżących potrzeb Zamawiającego.
9. Przybycie do jednostek Zamawiającego lub w miejsce wskazane przez Zamawiającego w godzinach ustalonych zleceniem. Czas oczekiwania na transport nie może być dłuższy niż 60 minut od zgłoszenia.
10. Wykonawca zobowiązany jest być w stałej gotowości do wykonywania usługi w systemie całodobowym przez wszystkie dni tygodnia przez cały okres obowiązywania umowy min. jednym zespołem personelu oraz min. jednym środkiem transportu, przystosowanym dla osoby leżącej i niepełnosprawnej np. na wózku inwalidzkim. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia rezerwowego środka transportu na wypadek awarii technicznej lub niemożności skorzystania z niego.
11. W przypadku awarii pojazdu Wykonawca zobowiązany jest na własny koszt zapewnić transport zastępczy w sposób niezakłócający realizację zabiegów.
12. Jeżeli Wykonawca nie reaguje na zgłoszenia, odmówi lub nie zrealizuje usługi transportu sanitarnego, Zamawiający, uprawniony będzie do zlecenia wykonania transportu innemu podmiotowi, a Wykonawca zobowiązany będzie do zwrócenia Zamawiającemu wszelkich poniesionych przez niego kosztów z tym związanych.
13. Osoby wchodzące w skład zespołu powinny posiadać imienne identyfikatory oraz jednolitą odzież ochronną.
14. Wymagane jest łączenie transportu pacjentów z uwzględnieniem wykonywanych tras przewozu.
15. Samochody nie starsze niż 6 lat (rok produkcji 2018).
16. Podstawą do wystawienia faktury będzie złożenie przez wykonawcę miesięcznych zestawień wykonanych transportów i ,,Zleceń na transport sanitarny ”. Zestawienia muszą zawierać wszystkie dane, być opatrzone pieczątkami oraz być podpisane przez Wykonawcę.

*Zamówienie obejmuje:*

1. Przewóz pacjenta ambulansem transportowym z kierowcą i sanitariuszem/ratownikiem medycznym w ciągu całej doby we wszystkie dni tygodnia. Szacunkowa liczba transportów ( w okresie 1 miesiąca) ok. 600.
2. Przewóz pacjenta z kierowcą i sanitariuszem/ratownikiem medycznym, ambulansem z wyposażeniem zgodnym z wytycznymi NFZ dla zespołu podstawowego ratownictwa medycznego, w ciągu całej doby we wszystkie dni tygodnia. Szacunkowa liczba transportów ( w okresie 1 miesiąca) ok. 25.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość, aby w uzasadnionych przypadkach transportowanemu pacjentowi towarzyszył pracownik Zamawiającego (bez dodatkowych opłat).

**Szacunkowa ilość przejechanych klilometrów w ciągu 2 miesięcy wynosi około 30 000 km**

1. **„Transport pacjentów dializowanych”:**
   1. **Usługa będzie obejmowała:**
2. dowożenie pacjentów z miejsca zamieszkania do Stacji Dializ mieszczącej się w Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego 4 w Wałbrzychu i odwożenie ich do miejsca zamieszkania po zakończeniu wizyty w Stacji Dializ na podstawie przekazanego przez kierującego Stacją Dializ dla Wykonawcy harmonogramu hemodializ pacjentów, który zawierał będzie imię i nazwisko, adres zamieszkania pacjenta, którego należy przetransportować na hemodializę oraz szacunkową ilość kilometrów do przejechania,
3. obowiązek określony w literze a dotyczy również pacjentów niepełnosprawnych, w tym na wózkach inwalidzkich, a także wymagających transportu w pozycji leżącej,
4. zobowiązanie kierowcy do pomocy przy wsiadaniu i wysiadaniu z samochodu, a także w poruszaniu się pacjenta niepełnosprawnego na terenie Stacji Dializ i - jeśli stan pacjenta będzie tego wymagał - do pomocy przy opuszczaniu mieszkania i powrocie do niego,
5. przekazanie pacjenta po przywiezieniu pielęgniarce Stacji Dializ,
6. obowiązek zachowania pełnej dyspozycyjności dla potrzeb Zleceniodawcy w czasie trwania dializ (pozostawanie w gotowości na terenie Stacji Dializ, lub stały dyżur pod telefonem),
7. W trakcie świadczenia usługi nie może dojść do sytuacji, iż pacjent nie zostanie dowieziony na zabieg w terminie dla niego określonym. Wykonawca usługi musi zapewnić w ramach usługi, w każdych warunkach dowóz pacjenta do Stacji Dializ na własny koszt,
8. Zabiegi dializacyjne trwają od poniedziałku do soboty (sporadycznie w niedzielę) i są rozłożone na trzy zmiany, które zaczynają się o następujących godzinach: I zmiana godzina 7:30; II zmiana godzina 13:30; III zmiana godzina 19:30,
9. Średni czas trwania zabiegu wynosi od 3,5 do 4,5 godziny,
10. Liczba pacjentów dializowanych objętych usługą transportu może ulec zmianie w trakcie świadczenia usługi,
11. Zamawiający zgłaszać będzie zlecenie na dializy planowe następująco:
12. Zlecenie na dializy planowe będzie zleceniem stałym, zgodnym z przekazanym „Harmonogramem hemodializ pacjentów”,
13. Harmonogram hemodializ pacjentów będzie zawierał dni i godziny transportu pacjentów, dane osobowe pacjentów, adresy ich zamieszkania, rodzaj transportu i szacunkową ilość kilometrów. W przypadku potrzeby dializowania nowego pacjenta, nie określonego w harmonogramie przewozów pacjentów przewlekle dializowanych, Zamawiający wystawi indywidualne zlecenie pisemne na przewóz z określeniem dni i godzin transportu oraz danych osobowych pacjenta i adresem zamieszkania. Zamawiający może dokonywać jednorazowych zmian w transporcie w stosunku do określonych w ww. harmonogramie lub zleceniach na indywidualną prośbę pacjenta – zmiany będą zgłaszane przez Zamawiającego na bieżąco telefonicznie przed koniecznością wykonania przewozu,
14. Obie Strony będą się wzajemnie informować o występujących zmianach w planowych terminach i liczbach przewozów pacjentów dializowanych,
15. Podstawą do wystawienia faktury będzie złożenie przez wykonawcę miesięcznych zestawień wykonanych transportów zgodnych z harmonogramem (wszystkie dane, pieczątki i podpisy) i ,,Zleceń na transport pacjentów do i ze Stacji Dializ”.
    1. **Wymagania odnośnie pojazdów:**
16. Wykonawca zobowiązany jest używać do realizacji zamówienia samochodów umożliwiających wygodny transport pacjentów zgodnie ze sporządzonym harmonogramem,
17. W przypadku awarii pojazdu Wykonawca zobowiązany jest na własny koszt zapewnić transport zastępczy w sposób niezakłócający realizację zabiegów,
18. Pojazdy wykorzystywane do transportu pacjentów muszą posiadać aktualne badania techniczne oraz mieć obowiązujący dla tego typu pojazdu pakiet ubezpieczeń OC i NNW,
19. Dysponowanie pojazdami mogącymi zabrać jednorazowo 8 osób. W szczególnych przypadkach wymienionych w pkt C/f Sposób realizacji usług ambulans transportowy z kierowcą i sanitariuszem lub ratownikiem medycznym.
20. Powierzchnie w pojazdach łatwo zmywalne,
21. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontroli pojazdów i ich stanu technicznego.
22. Zamawiający zastrzega sobie możliwość żądania od Wykonawcy wglądu do dokumentów pojazdów np. badań technicznych,
23. Samochody powinny być wyposażone w pełni sprawne ogrzewanie i klimatyzację,
24. Samochody nie starsze niż 6 lat (rok produkcji 2018).
    1. **Sposób realizacji usług:**
25. Orientacyjna liczba transportów w obie strony 1260 miesięcznie (120 pacjentów); możliwe są przewozy tylko w jedną stronę (tzn. do Stacji Dializ lub po dializie - do miejsca zamieszkania pacjenta),
26. ***Transport pacjentów będzie się odbywał na podstawie harmonogramu przygotowanego przez kierującego Stacją Dializ po podpisaniu umowy we wszystkie dni tygodnia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do doraźnych zmian w harmonogramie,***
27. Usługa transportowa obejmuje przewóz pacjentów z miejsca zamieszkania do Stacji Dializ mieszczącej się w Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego 4 w Wałbrzychu i odwiezienie ich do miejsca zamieszkania po zakończeniu wizyty w Stacji Dializ,
28. Wymagane jest łączenie transportu pacjentów z uwzględnieniem przedstawionego harmonogramu. W jednym pojeździe nie może być jednak przewożonych jednocześnie więcej niż 8 pacjentów,
29. Wymagane jest aby transport odbywał się najkrótszą trasą,
30. Sposób przewożenia pacjenta będzie zależał od jego stanu. Zdecydowana większość chorych wymaga przewożenia w pozycji siedzącej. Niektórzy pacjenci wymagają transportu na wózku - również w pozycji siedzącej. Zdarzają się pacjenci wymagający transportu w pozycji leżącej. Zamawiający przekaże charakterystykę przewożonych pacjentów w przedstawionym harmonogramie dializ pacjentów.

**Szacunkowa ilość przejechanych klilometrów w ciągu 2 miesięcy wynosi około 70 000 km.**

**Przykładowy wykaz adresów osób dializowanych**

**PONIEDZIAŁEK I ZMIANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 07:30 - 11:30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NAZWISKO I IMIĘ | ADRES ZAMIESZKANIA |  | KM |
| 1. |  | ŚWDNICA ul. Westerplatte |  | 43 |
| 2. |  | JAWORZNA ŚLĄSKA ul. J .Paw1a II |  | 43 |
| 3. |  | KOSTRZA ul. Kopernika |  | 58 |
| 4. |  | WAŁBRZYCH ul. Namysłowskiego |  | 11 |
| 5. |  | GŁUSZYCA ul. Kolejowa |  | 36 |
| 6. |  | WAŁBRZYCH ul. Długa |  | 4 |
| 7. |  | ŚWIDNICA ul. Piękna |  | 38 |
| 8. |  | LUBOMIN ul. Główna |  | 14 |
| 9. |  | DZIERŻONIÓW ul. Miodowa |  | 73 |
| 10. |  | WAŁBRZYCH ul. Giserska |  | 6 |
| 11. |  | LUBAWKA ul. Mickiewicza |  | 67 |
| 12. |  | PRZERZECZYN ZDR. ul B. Chłopskich |  | 105 |
| 13. |  | ŚWIEBODZICE ul. Chrobrego |  | 20 |
| 14. |  | BOGUSZÓW GORCE ul.l Maja |  | 24 |
| 15. |  | WAŁBRZYCH ul. Kaszubska |  | 17 |
| 16. |  | WAŁBRZYCH ul. Długa |  | 4 |
| 17. |  | WAŁBRZYCH ul. Niepodległości |  | 17 |
| 18. |  | GŁUSZYCA ul. Ogrodowa |  | 34 |
| 19. |  | STARE BOGACZOWICE ul. Główna |  | 20 |
| 20. |  | STRUGA ul. Główna |  | 12 |
| 21. |  | WAŁBRZYCH ul. Świdnicka |  | 18 |
| 22. |  | WAŁBRZYCH ul. Andersa |  | 13 |

**PONIEDZIAŁEK II ZMIANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 13:30 - 17:30**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NAZWISKO I IMIĘ |  | ADRES ZAMIESZKANIA | TRANSPORT | KM |
| 1. |  |  | WAŁBRZYCH Al. Wyzwolenia |  | 12 |
| 2. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Wrocławska |  | 6 |
| 3. |  |  | STRZEGOM ul. Szkolna |  | 44 |
| 4. |  |  | WIERZBNA ul. Stawowa |  | 55 |
| 5. |  |  | KAMIENNA GÓRA ul. T. Śląskich |  | 47 |
| 6. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Moniuszki |  | 14 |
| 7. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Mickiewicza |  | 14 |
| 8. |  |  | KAMIENNA GÓRA ul. Spacerowa |  | 45 |
| 9. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Basztowa |  | 9 |
| 10. |  |  | STARE BOGACZOWICE ul. Główna |  | 19 |
| 11. |  |  | MIEROSZÓW ul. Przejazd |  | 43 |
| 12. |  |  | BIELAWA ul. Wiejska |  | 75 |
| 13. |  |  | PLAWA GÓRNA ul. Polna |  | 96 |
| 14. |  |  | WAŁBRZYCH ul.ll-go Listopada |  | 9 |
| 15. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Książęca |  | 14 |
| 16. |  |  | STRZEGOM ul. Parkowa |  | 44 |
| 17. |  |  | BIELAWA ul. Norwida |  | 74 |
| 18. |  |  | ŚWIEBODZICE ul. Modrzejewskiej |  | 19 |
| 19. |  |  | BIELAWA ul. Wolności |  | 71 |
| 20. |  |  | WAŁBRZYCH ul. Kłodzka |  | 18 |
| 21. |  |  | STRZEGOM ul. Brzozowa |  | 41 |
| 22. |  |  | PTASZKÓW nr |  | 45 |

**PONIEDZIAŁEK III ZNMANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 19:30 - 23:30**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | L.P. | NAZWISKO I IMIĘ | ADRES ZAMIESZKANIA | TRANSPORT | kM | | 1. |  | WOLIBÓRZ |  | 82 | | 2. |  | MIEROSZÓW ul. Mickiewicza |  | 43 | | 3. |  | SOKOŁOWSKO ul. Słoneczna |  | 40 | | 4. |  | WAŁBRZYCH ul. Husarska |  | 6 | | 5. |  | WAŁBRZYCH ul.We1ońskiego |  | 15 | | 6. |  | WAŁBRZYCH ul. Grodzka |  | 7 | | 7. |  | WAŁBRZYCH ul. Słowackiego |  | 12 | | 8. |  | WAŁBRZYCH ul.Andersa |  | 12 | | 9. |  | MARCISZÓW ul. Nadrzeczna |  | 48 | | 10. |  | STRZEGOM Al. Woj. Polskiego |  | 45 | | 11. |  | DZIERŻONIÓW Oś. Błękitne |  | 75 | | 12. |  | BOGÓSZÓW-GORCE ul. Górna |  | 27 | | 13. |  | WAŁBRZYCH ul. Palisadowa |  | 9 | |  |

**WTOREK I ZMIANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 07 :30 - 11 :30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NAZWISKO I IMIĘ | ADRES | TRANSPORT | KM |
| 1. |  | WAŁBRZYCH ul. Wrocławska |  | 6 |
| 2. |  | WAŁBRZYCH ul. Forteczna |  | 6 |
| 3. |  | WAŁBRZYCH ul. Teligi |  | 3 |
| 4. |  | WAŁBRZYCH ul. Basztowa |  | 9 |
| 5. |  | NIEDŹWIEDZICA nr |  | 27 |
| 6. |  | CHEŁMSKO ŚL. ul. Klonowa |  | 62 |
| 7. |  | WALBRZYCH ul. Niepodległości |  | 19 |
| 8. |  | WAŁBRZYCH ul. Jeździecka |  | 13 |
| 9. |  | WAŁBRZYCH ul. Legnicka |  | 6 |
| 10. |  | GORZESZÓW nr |  | 53 |
| 11. |  | WAŁBRZYCH ul. Drzymały |  | 19 |
| 12. |  | WAŁBRZYCH ul. 1-go Maja |  | 17 |
| 13. |  | BOG-GORCE ul. Kościuszki |  | 29 |
| 14. |  | WAŁBRZYCH ul. Moniuszki |  | 14 |
| 15. |  | ŚWIDNICA ul. Okrężna |  | 46 |
| 16. |  | MIEROSZÓW ul.Kopernika |  | 42 |
| 17. |  | CHEŁMSKO ŚLĄSKIE , KOLONIA |  | 62 |
| 18. |  | WAŁBRZYCH ul. Rolnicza |  | 15 |
| 19. |  | WAŁBRZYCH ul. Forteczna |  | 8 |
| 20. |  | DZIEĆMOROWICE ul. Bystrzycka |  | 17 |
| 21. |  | WAŁBRZYCH ul. Reya |  | 11 |
| 22. |  | ŚWIEBODZICE ul. Radosna |  | 22 |
| 23. |  | WAŁBRZYCH ul. Blankowa |  | 10 |
| 24. |  | MIEROSZÓW ul. Mickiewicza |  | 43 |
| 25. |  | WAŁBRZYCH ul. Grabskiego |  | 19 |

1. **WTOREK II ZMIANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 13:30 - 17:30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NAZWISKO I IMIĘ | ADRES | TRANSPORT | KM |
| 1. |  | WAŁBRZYCH ul. Forteczna |  | 7 |
| 2. |  | WAŁBRZYCH ul. Kruczkowskiego |  | 2 |
| 3. |  | WAŁBRZYCH ul. Kosteckiego |  | 19 |
| 4. |  | WAŁBRZYCH ul. Baczyńskiego |  | 15 |
| 5. |  | WAŁBRZYCH ul. Kosteckiego |  | 20 |
| 6. |  | WAŁBRZYCH ul. Ogrodowa |  | 5 |
| 7. |  | WAŁBRZYCH ul. Andersa |  | 14 |
| 8. |  | JUGÓW ul. Główna |  | 71 |
| 9. |  | KAMIENNA GÓRA ul. Jeleniogórska |  | 48 |
| 10. |  | ŚWIEBODZICE ul. H. Modrzejewskiej |  | 19 |
| 11. |  | BŁAŽKOWA nr |  | 60 |
| 12. |  | PRZEDWOJÓW nr |  | 53 |
| 13. |  | GŁUSZYCA ul. Pionierów |  | 38 |
| 14. |  | PRZYGÓRZE nr |  | 81 |
| 15. |  | STRZEGOM ul. Matejki |  | 45 |
| 16. |  | MIEROSZÓW - PODGÓRZE nr |  | 44 |
| 17. |  | WAŁBRZYCH ul. Kaszubska |  | 17 |
| 18. |  | WAŁBRZYCH ul. Makuszyńskiego |  | 3 |
| 19. |  | GOCZAŁKÓW ul. Strzegomska |  | 55 |



1.  **WTOREK III ZMIANA**

**CZAS TRWANIA HEMODIALIZY 19:30 - 23:30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | NAZWISKO I IMIĘ | ADRES | TRANSPORT | KM |
| 1. |  | WAŁBRZYCH ul. Grodzka |  | 7 |
| 2. |  | WAŁBRZYCH ul. Nałkowskiej |  | 3 |
| 3. |  | KAMIENNA GORA ul. Sportowa |  | 46 |
| 4. |  | CZARNY BÓR ul. Parkowa |  | 29 |
| 5. |  | WAŁBRZYCH ul. Nałkowskiej |  | 3 |
| 6. |  | WAŁBRZYCH ul. Lubiechowska |  | 11 |
| 7. |  | JEDLINA ZDRÓJ ul. Cmentarna |  | 28 |
| 8. |  | WAŁBRZYCH ul. Andersa |  | 12 |
| 9. |  | WAŁBRZYCH ul. 1 Maja |  | 14 |
| 10. |  | WAŁBRZYCH ul. Basztowa |  | 9 |
| 11. |  | WAŁBRZYCH ul. Skłodowskiej |  | 18 |
| 12. |  | LUBAWKA ul. Szmrtychowska |  | 66 |
| 13. |  | WAŁBRZYCH ul. Wyszyńskiego |  | 2 |
| 14. |  | GŁUSZYCA ul. Łukasiewicz |  | 38 |
| 15. |  | WAŁBRZYCH ul. Hirszfelda |  | 3 |
| 16. |  | WAŁBRZYCH ul. Andersa |  | 13 |

**Pacjenci hemodializowani w poniedziałki tak samo przyjeżdżają w środy i w piątki.**

**Pacjenci hemodializowani we wtorki tak samo przyjeżdżają w czwartki i w soboty.**

**Czas trwania jednego cyklu hemodializy wynosi od 3,5 do 4,5 godziny.**

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy *-* Zp/25/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy świadczenie usługi transportu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

**1. transport sanitarny :**

**cena netto za 1 km**…........... zł

(słownie: …............................................................................................................)

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: ……………………………..…………. złotych)

**cena brutto za 1 km**…........... zł

(słownie: …............................................................................................................)

**Poz. 1. Wartość ogółem zamówienia dla transportu sanitarnego wynosi:**

30 000 km x…...… cena brutto za 1 km = ….............…zł

(słownie ……………………………………………………. zł)

**2. transport pacjentów dializowanych :**

**cena netto za 1 km**…........... zł

(słownie: …............................................................................................................)

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: ……………………………..…………. złotych)

**cena brutto za 1 km**…........... zł

(słownie: …............................................................................................................)

**Poz. 2. Wartość ogółem zamówienia dla transportu pacjentów dializowanych wynosi:**

70 000 km x…...… cena brutto za 1 km = ….............…zł

(słownie ……………………………………………………. zł)

**Wartość ogółem przedmiotu zamówienia wynosi:**

**Poz. 1 …………. + poz. 2 ………... = ………………………….zł**

(słownie........................……………………………………………………. zł).

6.**OŚWIADCZAMY,** iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

7.ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.

8.OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

9.OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,** **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” - Zp/25/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(data, podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………....................

………………………………………… *(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(data, podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,** **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” - Zp/25/TP/24***,* prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(data, podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn*.* **,,** **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” - Zp/25/TP/24**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………...........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,** **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” - Zp/25/TP/24**w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

..................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **: ,,** **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” - Zp/25/TP/24**

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

…………………………………..

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

1. **Wykaz narzędzi i urządzeń technicznych dostępnych Wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami**

Przedmiot Zamówienia**:** **„Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy” – Zp/25/TP/24.**

Oświadczamy, że dysponujemy co najmniej dwoma niżej wymienionymi środkami transportu niezbędnymi do wykonania zamówienia (transport sanitarny i transport pacjentów dializowanych):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | **Wyszczególnienie**  **(*opis – nazwa/rodzaj*  środka transportu)** | **Ilość** | **Rok**  **produkcji** | **Nr rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania *(własny/dzierżawiony/udostępniony przez inny podmiot)*** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

*.................................................*

*Data; podpis*

*Załącznik nr9 do SWZ*

........................................................ …………………............................

(pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia: **„ Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy ” – Zp/25/TP/24**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Uprawnienia | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie |
|  |  |  |  |  |

**Przy zmianie osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, Wykonawca każdorazowo poinformuje o tym Zamawiającego w terminie 14 dni.**

.................................................................

*Data; podpis*

*Załącznik nr 10 do SWZ*

.................................................. ................................

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz usług**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn. **Świadczenie usług transportu sanitarnego oraz transportu pacjentów dializowanych do i ze Stacji Dializ dla Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 2 miesięcy - Zp/25/TP/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych usług, w tym m.in.** | **Termin realizacji zamówienia** | | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość usług** |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie**  **(dd/mm/rrrr)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |  |  |

**UWAGA:** Do każdej usługi wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

…………………………

*Data, podpis*