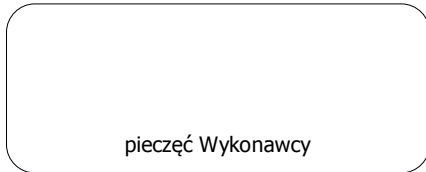


Postępowanie nr PN-54/15/MJ



Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia niepublicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:  
usługę przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne

### **Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

W imieniu

.....  
(nazwa Wykonawcy)

niniejszym oświadczam/y, iż spełniamy warunki udziału w w/w postępowaniu, tj.:

- 1) posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadamy wiedzę i doświadczenie
- 3) dysponujemy odpowiedni potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
- 4) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej realizację zamówienia

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy lub pieczęć wraz z podpisem

Postępowanie nr PN-54/15/MJ

pieczęć Wykonawcy

### Oświadczenie

W związku z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia niepublicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn: usługa przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne

Oświadczam/y, iż nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy lub pieczęć wraz z podpisem



Postępowanie nr PN-54/15/MJ

pieczęć Wykonawcy

### OŚWIADCZENIE

Zgodne z art. 26 ust. 2d ustawy z dn. 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

usługę przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne

, oświadczam/y, że:

- ⇒ **nie należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.).\*
- ⇒ **należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.). W załączeniu przedkładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.\*

....., dnia .....2014 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

\*- niepotrzebne skreślić

[pieczęć firmowa]

### FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy : .....

Siedziba : .....

NIP: .....

REGON: .....

TEL. / FAX: .....

E-MAIL: .....

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na **usługę przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne**, nr sprawy PN – 54/15/MJ składamy niniejszą ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i postanowieniami projektu umowy:

Wartość netto PLN: .....

Słownie wartość netto PLN: .....

Wartość brutto PLN: .....

Słownie wartość brutto PLN: .....

Termin pierwszej dostawy do ..... dni (maksymalnie do 14 dni) od podpisania umowy.

Termin następnych dostaw do .... dni (maksymalnie do 7 dni) od złożenia zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.

2. Oświadczamy, że akceptujemy projekt umowy. Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oferujemy termin płatności ..... dni (min. 60 dni) od daty dostarczenia faktury do Zamawiającego.
4. Informujemy, że zamierzamy\* / nie zamierzamy\* powierzyć części zamówienia podwykonawcom (jeżeli TAK, należy wskazać w ofercie części zamówienia, których wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom):

1) .....

2) .....

5. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy:

sukcesywnie wg potrzeb Zamawiającego (przy czym pierwsze wykonanie usługi odbędzie się nie później niż 14 dni od dnia zawarcia umowy). Kolejne dostawy zostaną ustalone każdorazowo z Zamawiającym nie później niż 7 dni przed terminem dostawy.

**Miejsce dostawy:**

CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie , ul. W.K. Roentgena 5

6. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
8. Nadzór nad realizacją umowy ze strony Wykonawcy będzie pełnił/a:

.....  
tel. .... faks:..... e-mail: .....

9. Ofertę niniejszą składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

10. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Oświadczenie o spełnieniu warunków określonych przepisami art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych - załącznik nr 1 do SIWZ;
2. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia w zakresie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych – załącznik nr 2 do SIWZ.;
3. Oświadczenie dotyczące grupy kapitałowej – załącznik nr 3 do SIWZ;

4. Zaakceptowany opis przedmiotu zamówienia (formularz cenowy) – załącznik nr 5 do SIWZ
5. Wykaz wykonanych / wykonywanych zamówień wraz z dowodami – załącznik nr 6 do SIWZ;
6. Aktualny odpis z właściwego rejestru;
7. Inne dokumenty:
  - pełnomocnictwo dla osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy \* ,
  - zobowiązanie podmiotu trzeciego, o którym mowa w art. 26 ust. 2 b ustawy Prawo zamówień publicznych, uwzględniające wymagania, o których mowa w rozdz. IX pkt. 3 SIWZ \* ,
  - .....
  - .....

**NA FAKTURZE VAT NALEŻY PODAĆ:**

- nr umowy, na podstawie, której dostawa została wykonana;
- nr katalogowy produktu zgodny z przedstawionym przez Wykonawcę w ofercie cenowej (jeżeli dotyczy).

....., dnia .....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis)

***\*/ niepotrzebne skreślić***

## BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

*Szanowna Pani,*

Serdecznie zapraszam Panią na **bezpłatne badanie cytologiczne**, które jest najskuteczniejszą formą profilaktyki raka szyjki macicy. Badanie jest bezpieczne, polega na pobraniu próbki komórek szyjki macicy i trwa zaledwie kilka minut. Cytologia będzie wykonana w ramach Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i nie wymaga skierowania.

**Każda kobieta w wieku między 25 a 59 rokiem życia powinna wykonywać badanie cytologiczne raz na 3 lata.** Tylko regularne badania dają szansę na wczesne podjęcie leczenia w przypadku wykrycia zmian.

**Zapraszam Panią na badanie do:**

**Jeżeli nie odpowiada Pani wskazana placówka, może Pani wybrać inną z listy dostępnej na stronie internetowej Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego [www.bezplatnacytologia.pl](http://www.bezplatnacytologia.pl)**

Może to jest właśnie ten czas, kiedy trzeba pomyśleć o sobie i mimo nadmiaru obowiązków, lęku przed badaniem i jego wynikiem dać sobie szansę na zdrowie i bardziej świadome życie.

*Serdecznie zapraszam*

*mgr Jolanta Walczak  
Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego*

**UWAGA!** Ważne informacje przed przystąpieniem do badania cytologicznego znajdzie Pani na odwrocie zaproszenia. W dniu badania proszę zabrać ze sobą dowód osobisty.



# BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

## WAŻNE INFORMACJE PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO BADANIA CYTOLOGICZNEGO:

- na badanie nie należy zgłaszać się w czasie miesiączki,
- od ostatniego dnia miesiączki powinny upłynąć co najmniej 4 dni,
- na badanie należy zgłaszać się nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki,
- co najmniej 4 dni przed badaniem nie należy stosować żadnych leków dopochwowych,
- od ostatniego badania ginekologicznego/USG przezpochwowego powinien upłynąć co najmniej 1 dzień.

### W razie pytań/uwag proszę o kontakt z:

Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym pod nr. tel. 22 546 31 03 w godz. 07:30-15:35,  
e-mail: [wokmaz@coi.waw.pl](mailto:wokmaz@coi.waw.pl)

Oddziałem Wojewódzkim NFZ pod nr. tel. 22 456 74 01.

Wszystkie informacje uzyskane podczas wizyty przechowywane będą w Pani dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad poufności. Sposób odbioru wyniku wraz z zaleceniami dalszego postępowania określa placówka, w której wykonane będzie badanie (odbiór osobisty lub wysyłka listowna). Dane teleadresowe pochodzą z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych NFZ.

Badania skierowane są do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)*.

## BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

*Szanowna Pani,*

Serdecznie zapraszam Panią na **bezpłatne badanie mammograficzne**. Badanie jest bezpieczne i trwa zaledwie kilka minut. Mammografia będzie wykonana w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi i nie wymaga skierowania.

**Każda kobieta w wieku między 50 a 69 rokiem życia powinna wykonywać badanie mammograficzne raz na 2 lata.** Tylko regularne badania dają szansę na wczesne podjęcie leczenia w przypadku wykrycia zmian.

**Zapraszam Panią na badanie do:**

Jeżeli nie odpowiada Pani wskazana placówka, może Pani wybrać inną z załączonej listy, dostępnej także na stronie internetowej [www.bezplatnamammografia.pl](http://www.bezplatnamammografia.pl)

Może to jest właśnie ten czas, kiedy trzeba pomyśleć o sobie i pomimo nadmiaru obowiązków, lęku przed badaniem i jego wynikiem dać sobie szansę na zdrowie i bardziej świadome życie.

*Serdecznie zapraszam*

*mgr Jolanta Walczak  
Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego*

**UWAGA!** W dniu badania proszę zabrać ze sobą dowód osobisty. Jeśli ma Pani wyniki i zdjęcia z wykonanych wcześniej badań mammograficznych, proszę przynieść je ze sobą.

# BADAM SIĘ, MAM PEWNOŚĆ

**W razie pytań/uwag proszę o kontakt z:**

Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym pod nr. tel. 22 546 31 03 w godz. 07:30-15:35,  
e-mail: [wokpiersi@coi.waw.pl](mailto:wokpiersi@coi.waw.pl)

Oddziałem Wojewódzkim NFZ pod nr. tel. 22 456 74 01.

Wszystkie informacje uzyskane podczas wizyty przechowywane będą w Pani dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad poufności. Sposób odbioru wyniku wraz z zaleceniami dalszego postępowania określa placówka, w której wykonane będzie badanie (odbiór osobisty lub wysyłka listowna). Dane teleadresowe pochodzą z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych NFZ.

Badania skierowane są do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)*.

### **Ciechanów**

• NZOZ „MEDICA”  
ul. Armii Krajowej 18a, tel. 42 254 64 10, 517 544 004

### **Garwolin**

• SPZZOZ  
ul. Lubelska 50, tel. 25 684 48 25, 25 684 48 31

### **Gostynin**

• NZOZ „MEDICUS” Tadeusz Kozubski Sp. j.  
ul. Wojska Polskiego 35, tel. 24 235 04 29, 24 235 04 42

### **Kozienice**

• SPZZOZ  
al. Gen. Wł. Sikorskiego 10, tel. 48 614 82 34 wew. 374

### **Legionowo**

• NZOZ „MEDIQ” Jerzy Petz  
ul. Piłsudskiego 20, tel. 22 774 26 40

### **Lipsko**

• SPZZOZ  
ul. Śniadeckiego 2, tel. 48 378 35 75

### **Łosice**

• SPZZOZ  
ul. Słoneczna 1, tel. 83 357 32 31 wew. 51, 519 151 831

### **Mińsk Mazowiecki**

• SPZZOZ  
ul. Szpitalna 37, tel. 25 506 53 04

### **Nowy Dwór Mazowiecki**

• Nowodworskie Centrum Medyczne  
ul. Paderewskiego 7, tel. 22 775 26 94

### **Otwock**

• Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
ul. Batorego 44, tel. 22 778 26 85  
• NZOZ Europejskie Centrum Zdrowia Otwock im. F. Chopina  
ul. Borowa 14/18, tel. 22 710 30 05

### **Piaseczno**

• NZOZ Centrum Zdrowia  
ul. Pomorska 1, tel. 22 750 41 70, 600 471 700

### **Płock**

• NZOZ Centrum Medyczne „OMEGA” Sp. z o.o.  
ul. Królewicka 24 A, tel. 24 367 63 50, 24 367 63 41/42

### **Płońsk**

• SPZZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego  
ul. Sienkiewicza 7, tel. 23 661 77 84

### **Pruszków**

• SPZZOZ  
ul. Armii Krajowej 2/4, tel. 22 758 81 86

### **Przasnysz**

• SPZZOZ  
ul. Sadowa 9, tel. 29 753 43 44

### **Przysucha**

• SPZZOZ  
Al. Jana Pawła II 4, tel. 48 383 35 14 wew. 132

### **Radom**

• Radomski Szpital Specjalistyczny  
ul. Lekarska 4, tel. 48 361 55 51  
• NZOZ DIAMED Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi  
ul. Sucha 2/13, tel. 48 386 90 33, 530 121 929

### **Siedlce**

• NZOZ Zespół Lekarzy Specjalistów „MEDICA”  
ul. 3-go Maja 3, tel. 25 644 74 00  
• Centrum Medyczo – Diagnostyczne Sp. z o.o.  
ul. Kleeberga 2, tel. 25 633 35 55, 512 303 103, 506 007 404

### **Sokołów Podlaski**

• SPZZOZ  
ul. Ks. J. Bosko 5, tel. 25 781 73 54

### **Warszawa**

• LUX MED Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 65/79, tel. 22 33 22 888  
• Centrum Medyczne Diagnostyka Sp. z o.o.  
ul. Ceglowska 80, tel. 58 666 24 44  
• SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy  
ul. Czumy 1, tel. 22 666 10 16  
• NZOZ „MAGODENT” Sp. z o.o.  
ul. Fieldorfa 40, tel. 22 430 86 30, 22 430 86 32  
• Centrum Lecznico-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy „ATTIS” Sp. z o.o.  
ul. Górczewska 89, tel. 22 321 12 98  
• Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.  
ul. Grenadierów 51/59, tel. 22 515 26 39  
• Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” SPZZOZ  
ul. Koszykowa 78, tel. 22 429 11 54  
• Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SPZZOZ  
ul. Madalińskiego 25, tel. 22 450 22 88  
• Centrum Medyczne „Saska Kępa” Specjalistka i POZ  
ul. Marokańska 16, tel. 22 610 10 57, 22 672 78 57, 22 672 79 36

• SPZZOZ Warszawa-Ursynów  
ul. Na Uboczu 5, tel. 22 649 65 05 wew. 118 lub 120  
• Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZZOZ  
ul. Nowowiejska 31, tel. 22 526 41 61, 698 631 734  
• SPZZOZ Warszawa Wola-Śródmieście  
ul. Płocka 49, tel. 22 632 15 61  
• Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Roentgena 5, tel. 22 546 22 10, 22 546 32 88  
• Wielospecjalistyczny Szpital Medicover  
Al. Rzeczypospolitej 5, tel. 500 900 900  
• SZPZLO Warszawa-Wawer  
ul. Strusia 4/8, tel. 22 590 09 23, 22 590 09 24  
• Krajowe Centrum Osteoporozy  
ul. Syrokomli 32, tel. 22 811 70 60, 22 811 90 19  
• SPZZLO Warszawa-Żoliborz  
ul. Szajnochy 8, tel. 22 833 14 71 (do 75) wew. 125, 126  
• Wojskowy Instytut Medyczny  
ul. Szaserów 128, tel. 261 818 433, 261 816 202  
• Sensor Cliniq Sp. z o.o. i Wsp. sp. k.  
ul. Szlenkierów 1, tel. 22 710 35 00, 22 710 35 01  
• LUX MED Diagnostyka  
ul. Św. Barbary 6/8, tel. 58 666 24 44  
• Centrum Medyczne Damiana Holding Sp. z o.o.  
ul. Wałbrzyska 46, tel. 22 566 22 22  
• Centralny Szpital Kliniczny MSW  
ul. Wołoska 137, tel. 22 508 15 89, 22 508 15 62

### **Węgrów**

• SPZZOZ  
ul. Kościuszki 201, tel. 25 792 45 18

### **Wieliszew**

• Mazowiecki Szpital Onkologiczny  
ul. Kościelna 61, tel. 22 766 15 04, 22 766 15 00 wew. 211

### **Żuromin**

• SPZZOZ  
ul. Szpitalna 56, tel. 23 657 22 01 wew. 394

### **Żyrardów**

• NZOZ „MEDICA”  
ul. Wyspiańskiego 6B, tel. 42 254 64 10, 517 544 004

[pieczęćka firmowa]

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**usługę przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek  
mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne**

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

**(nazwa i adres Wykonawcy)**

nr sprawy PN – 54/15/MJ, przedstawiam wykaz wykonanych usług:

I.p.	Nazwa podmiotu, który realizował usługi	Nazwa podmiotu, na rzecz którego realizowane były usługi	Okres realizacji usług (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok)	Wartość usług (wartość z podatkiem VAT wyrażona w PLN)	Rodzaj usług (przedmiot dostawy, nazwa realizowanego zadania)
1.					
2.					

**UWAGA!**

Należy załączyć dowody dotyczące najważniejszych usług, określające, czy usługi te zostały wykonane w sposób należyty .

**Dowodami**, o których mowa powyżej są:

- 1) poświadczenie (zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane);
- 2) oświadczenie Wykonawcy - jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa w pkt. 1

W tym przypadku wraz z oświadczeniem Wykonawca przedstawia Zamawiającemu uzasadnienie braku możliwości uzyskania poświadczenia.

W przypadku gdy Zamawiający jest podmiotem, na rzecz którego usługi wskazane w wykazie, zostały wcześniej wykonane, Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania dowodów.

Zamawiający informuje, iż w razie konieczności, szczególnie gdy wykaz lub dowody, o których mowa powyżej budzą wątpliwości Zamawiającego lub gdy z poświadczenia albo z oświadczenia wynika, że zamówienie nie zostało wykonane w sposób należyty, Zamawiający może zwrócić się bezpośrednio do właściwego podmiotu, na rzecz którego zamówienie było lub miało zostać wykonane, o przedłożenie dodatkowych informacji lub dokumentów bezpośrednio Zamawiającemu.

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**\*- niepotrzebne skreślić**

## Załącznik nr 7 do SIWZ PN – 54/15/MJ

### Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy

#### § 1

Przedmiotem niniejszej umowy jest świadczenie, w myśl art. 2 ust. 10 Ustawy Pzp (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.), przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego następujących usług: **przygotowania projektów, wydruku oraz dostawy kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych na mammograficzne i cytologiczne badania profilaktyczne** (dalej zwanych „Przedmiotem zamówienia”) zgodnie z opisem i na zasadach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz ofercie Wykonawcy. Rodzaj świadczonej usługi, ilość oraz cenę brutto określa załącznik do umowy.

#### § 2

1. W ramach niniejszej umowy Wykonawca oświadcza, że:
  - 1.1. posiada kwalifikacje, zaplecze techniczne, technologiczne oraz doświadczenie i personel niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia opisanego w § 1 powyżej,
  - 1.2. zapoznał się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (dalej zwaną „SIWZ”) i zobowiązuje się do wykonania powierzonych usług zgodnie z wymogami określonymi w SIWZ oraz ofercie złożonej przez Wykonawcę,
  - 1.3. postanowienia niniejszej umowy wykona z zachowaniem zasady najwyższej staranności, zgodnie ze swoimi kwalifikacjami i posiadaną wiedzą fachową.

#### § 3

1. Zamawiający dostarczy Wykonawcy projekty graficzne kopert, zaproszeń, wkładek mammograficznych adresowych w terminie **3 dni** od daty zawarcia umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się w terminie **5 dni** od otrzymania projektów, o których mowa w ust. 1, do wydruku egzemplarzy próbnych kopert i zaproszeń, a następnie przedstawi je Zamawiającemu do akceptacji.
3. Zamawiający dokona akceptacji egzemplarzy próbnych w terminie **3 dni** roboczych od daty ich otrzymania, przekazując Wykonawcy stosowne informacje na piśmie, bądź zgłosi uwagi, które Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić i przedstawić niezwłocznie - nie później niż w ciągu **7 dni** - poprawiony egzemplarz (egzemplarze) kopert lub zaproszeń. W przypadku dalszych uwag, zastosowanie znajduje tryb opisany powyżej.
4. Wykonawca wydrukuje koperty i zaproszenia zatwierdzone przez Zamawiającego i dostarczy do jednostki Zamawiającego: (02-781) Warszawa ul. W.K. Roentgena 5. Przedmiot umowy będzie dostarczany w partiach. Termin wykonania wraz z dostawą pierwszej partii (tj. 1/4 zbiorczego zapotrzebowania) maksymalnie do .... **dni** (maks. do 14 dni) od dnia zatwierdzenia projektów przez Zamawiającego. Dostawa kolejnych partii wykonana zostanie w terminie określonym przez Zamawiającego, nie później niż na .. **dni** (maks. do 7 dni) przed terminem dostawy.
5. Dowodem wykonania umowy lub jej części będzie protokół odbioru podpisany przez przedstawicieli Zamawiającego i Wykonawcy.
6. Zamawiający upoważnia do reprezentowania Zamawiającego w celu realizacji niniejszej umowy:  
.....telefon.....
7. Wykonawca upoważnia do reprezentacji Wykonawcy w celu realizacji niniejszej umowy:  
.....telefon.....

#### § 4

1. Strony uzgadniają łączną wartość umowy na kwotę ..... PLN brutto (słownie: ..... PLN).
2. Cena jednostkowa kopert i zaproszeń określona jest w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

3. Koszt dostawy i opakowania wliczony jest w cenę towaru.
4. Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 nastąpi na podstawie faktur oraz protokołów odbioru w terminie .....dni (min. 60 dni) od ich doręczenia Zamawiającemu na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w fakturze.
5. Za datę zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

## § 5

1. W przypadku stwierdzenia wad ilościowych i jakościowych w dostarczonym przedmiocie umowy Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie, tj. nie później niż w terminie **14 dni** od daty ich stwierdzenia.
2. Wykonawca obowiązany jest do usunięcia wad w terminie **7 dni** od daty zawiadomienia.

## § 6

1. Wykonawca zobowiązuje się do zapłacenia Zamawiającemu kary umownej:
  - a) z tytułu niewykonania umowy lub odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z powodów zawinionych przez Wykonawcę, w wysokości 20% wynagrodzenia brutto określonego w § 4 ust.1;
  - b) z tytułu opóźnienia w wykonaniu umowy w wysokości 1% wynagrodzenia brutto za nie dostarczenie w terminie kopert i zaproszeń za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia;
  - c) w przypadku opóźnienia w usunięciu wad w terminie określonym w § 5 ust. 2 w wysokości 1% wynagrodzenia brutto za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia.
2. Zamawiający może potrącać wymagalne kary umowne z należności za wykonanie przedmiotu umowy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

## § 7

Zamawiający może odstąpić od umowy :

1. na podstawie art.145 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz.907 z późn. zm.) składając Wykonawcy odpowiednie oświadczenie na piśmie,
2. w przypadku nienależytego wykonania umowy lub jej niewykonania przez Wykonawcę.

## § 8

1. Informacje dotyczące Zamawiającego i uzyskane przez Wykonawcę w związku i przy okazji zawarcia niniejszej umowy oraz jej wykonywania stanowią będą informacje poufne Zamawiającego, z wyjątkiem informacji, które są informacjami jawnymi z mocy obowiązujących przepisów.
2. Wykonawca zobowiązany jest do nie ujawniania takich informacji poufnych jakiegokolwiek osobie trzeciej bez zgody Zamawiającego.
3. W przypadku ujawnienia takiej informacji poufnej wbrew postanowieniom ust. 1 i ust. 2 niniejszego paragrafu, Wykonawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną Zamawiającemu wskutek ujawnienia informacji poufnej.

## § 9

1. W przypadku wystąpienia, w trakcie realizacji umowy stawek podatku VAT związanych z przedmiotem zamówienia, zmian wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz zmian zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, nie wcześniej niż z dniem wejścia w życie przepisów, z których wynikają w/w zmiany, wynagrodzenie netto/brutto, o którym mowa w § 4 umowy, może ulec odpowiednim zmianom.
2. Każdorazowo przed wprowadzeniem zmiany wynagrodzenia netto/brutto, o której mowa w ust. 1, Wykonawca jest zobowiązany przedstawić Zamawiającemu na piśmie, wpływ zmian stawek podatku VAT, zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne na koszty wykonania zamówienia oraz



propozycje nowego wynagrodzenia, potwierdzone powołaniem się na stosowne przepisy, z których wynikają w/w zmiany. Zmiana wynagrodzenia netto/brutto, o których mowa w niniejszym paragrafie następuje po uzyskaniu akceptacji Zamawiającego w formie aneksu do umowy.

#### **§ 10**

1. Informacje dotyczące każdej ze Stron, uzyskane w związku i przy okazji zawarcia niniejszej umowy oraz jej wykonywania stanowić będą informacje poufne Zamawiającego, z wyjątkiem informacji, które są informacjami jawnymi z mocy obowiązujących przepisów.
2. Strony zobowiązane są do nie ujawniania takich informacji poufnych jakiegokolwiek osobie trzeciej bez zgody drugiej Strony.
3. W przypadku ujawnienia takiej informacji poufnej wbrew postanowieniom ust. 1 i ust. 2 niniejszego paragrafu, Strona, która ujawniła informacje poufne ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną drugiej Stronie wskutek ujawnienia informacji poufnej.

#### **§ 11**

1. Wykonawca nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, w szczególności na podstawie umowy przelewu wierzytelności, umowy poręczenia, umowy zastawu ani żadnej innej podobnej umowy, wskutek której dochodzi do przeniesienia kwoty wierzytelności, przysługującej Wykonawcy, na osobę trzecią.
2. Czynność dokonana z naruszeniem ust. 1 jest nieważna.

#### **§ 12**

Umowa została zawarta od dnia zawarcia **do dnia 31.12.2015 r.**

#### **§ 13**

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.

#### **§ 14**

Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy podlegać będą rozstrzygnięciu sądu właściwego miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

#### **§ 15**

W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie znajdują przepisy Ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn.zm.), Kodeksu Cywilnego.

#### **§ 16**

Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**