

ZAPYTANIE OFERTOWE

„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy oraz pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie w 2022r.”

ZAMAWIAJĄCY:

Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. 3 Maja 16

07-200 Wyszków

Tel./ fax (29) 742-49-02

e-mail; sekretariat@ops.wyszkow.pl

adres strony internetowej: www.ops.wyszkow.pl

I. Przedmiotem zamówienia jest usługa.

II. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych, w ramach medycyny pracy oraz profilaktyczna opieka zdrowotna dla pracowników lub kandydatów wskazanych do zatrudnienia u Zamawiającego, polegających w szczególności na:

- a) wykonywaniu w dni robocze, badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, zakończonych wystawieniem orzeczeń lekarskich, stwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub wykonywania pracy na określonym stanowisku bądź stwierdzających przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia lub wykonywania pracy na określonym stanowisku,
- b) dokonywaniu oceny możliwości wykonywania przez kandydatów wskazanych do zatrudnienia lub pracowników Zamawiającego pracy na określonym stanowisku, uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
- c) wydawaniu pisemnego zalecenia lekarza o konieczności używania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego, jeżeli wyniki badań okulistycznych przeprowadzonych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej wykażą taką potrzebę,
- d) współdziałaniu z Zamawiającym w celu ograniczenia szkodliwego wpływu na zdrowie pracowników Zamawiającego.

2. W ramach wynagrodzenia za świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy Wykonawca zobowiązany jest w szczególności do:

- a) umawiania na wykonanie badań profilaktycznych pracowników oraz kandydatów

wskazanych do zatrudnienia u Zamawiającego, poprzez rejestrację telefoniczną lub on-line,

b) wykonania zleconych usług medycznych oraz badań laboratoryjnych w terminie do 2 dni roboczych od daty rejestracji u Wykonawcy,

c) zapewnienia w placówkach medycznych Wykonawcy gabinetów pobrań, gdzie na miejscu pobierany będzie materiał biologiczny do badań laboratoryjnych,

d) przeprowadzania badań profilaktycznych na podstawie indywidualnych skierowań wystawianych przez Zamawiającego i okazywanych przed przystąpieniem do badania,

e) wydawania, niezwłocznie po zakończeniu badań, oryginału orzeczenia lekarskiego (2 egzemplarze), według wzoru określonego w odpowiednich przepisach,

f) sporządzaniu i przesyłaniu Zamawiającemu do weryfikacji specyfikacji zawierającej imię i nazwisko osoby badanej, rodzaj, datę i koszt badań wykonanych oraz każdorazowo dołączania specyfikacji zatwierdzonej przez Zamawiającego do faktury VAT/rachunku, wystawianej po zakończeniu każdego miesiąca,

g) zapewnienia pomieszczeń, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że aparaty i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku oraz pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.),

h) zapewnienia placówki/ek medycznej/ych zlokalizowanej/ych na terenie miasta Wyszkowa, działającej/ych w reżimie sanitarnym w zakresie wynikającym z obowiązujących wytycznych i ograniczeń związanych z zapobieganiem choroby wywołanej wirusem SARS CoV-2.

3. Wykonawca w ramach świadczenia usługi:

- a) ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną osobie badanej w trakcie wykonywania badań lekarskich,
- b) ponosi całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych i stosowanych procedur medycznych,
- c) zapewni wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych na własny koszt.

III. Termin realizacji zamówienia:

Zamówienie należy wykonać w terminie **od 01.01.2022r. do 31.12.2022r.**

IV. Sposób obliczenia ceny:

Cena podana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty, winna być podana w złotych – brutto oraz netto z podaniem podatku VAT.

V. Opis sposobu przygotowania ofert:

- 1) Oferta musi składać się z wypełnionego i podpisanego formularza cenowego stanowiącego

załącznik Nr 1 oraz oświadczenia stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.

2) Należy ją złożyć w nieprzejrzywej i zamkniętej kopercie.

3) Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego, nazwę i adres Wykonawcy oraz napisać: **Zapytanie ofertowe na „Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy oraz pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkanie w 2022r.”.**

4) Ceny w niej podane mają być wyrażone cyfrowo i słownie, mają być napisane w języku polskim, czytelną techniką.

VI. Kryterium wyboru oferty: CENA 100%

VII. Miejsce i termin złożenia oferty cenowej:

Ofertę należy złożyć do dnia **30.12.2021r. o godz.10:00** w zaklejonej kopercie, w siedzibie Zamawiającego, tj. w Ośrodku Pomocy Społecznej, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszaków, Pok. Nr 2 sekretariat.

VIII. Miejsce i termin otwarcia oferty:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **30.12.2021r. o godz. 10:30** w siedzibie Zamawiającego w Ośrodku Pomocy Społecznej, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszaków, pok. Nr 2 sekretariat.

IX. Informacje dotyczące zawierania umowy:

Umowa zostanie zawarta z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę oraz spełni wymogi stawiane przez Zamawiającego.

X. Klauzula informacyjna z art. 13 RODO o przetwarzaniu danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku 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), zwane dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkanie reprezentowany przez Dyrektora. Dane do korespondencji: Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkanie z siedzibą ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszaków, pod adresem e-mail: sekretariat@ops.wyszkow.pl, lub tel. 29 742-49-02.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w sprawach związanych z danymi osobowymi możliwy jest pisemnie na adres siedziby Administratora lub pod adresem e-mail: iod@ops.wyszkow.pl

3. Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów i udzielonej zgody:

- a) w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- b) wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO, c) w celu realizacji umów z kontrahentami - podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- d) w pozostałych przypadkach wyłącznie na podstawie udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO; w przypadku tym istnieje możliwość wycofania zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, tj. rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 r. (Dz.U. 2011 r. nr 14 poz. 67 ze zm.) w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Zgodnie z RODO przysługuje Panu/Pani:
- a) w każdej chwili przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych; Administrator danych osobowych przestanie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celach wskazanych w pkt 3, chyba, że w stosunku do tych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Pani/Pana interesów, praw i wolności lub dane będą niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
- b) prawo dostępu do swoich danych, otrzymania ich kopii, do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, jeśli nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, w tym przetwarzania po wycofaniu udzielonej zgody,
- d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, e) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Warszawa, ul. Stawki 2).
7. Podanie danych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania stanowi przepis prawa. Podanie danych ma charakter dobrowolny, jeśli jest niezbędne do zawarcia umowy lub przetwarzania na podstawie udzielonej zgody. Nie podanie danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji umowy lub celu wskazanego w treści zgody.
8. W procesie przetwarzania danych osobowych Administrator danych osobowych nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany, z uwzględnieniem profilowania, w oparciu o dane przekazane do przetwarzania.

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Ośrodku Pomocy społecznej w Wyszkowie, których wartość nie przekracza kwoty 130 000 zł netto, wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie nr 2/2021 z dnia 07 stycznia 2021r.

W załączeniu:

1. Formularz cenowy (zał. Nr 1).
2. Oświadczenie (zał. Nr 2)
3. Wzór umowy (zał. Nr 3)

Zatwierdzam:
Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej
w Wyszkowie

Agnieszka Mróz



.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ CENOWY

Składając ofertę w zapytaniu ofertowym na realizację usług medycznych dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszku na rok 2022 oświadczam, że badania wykonywane będą w punkcie medycznym.

Lp.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto
1	2	2
1.	Profilaktyka wraz z zaświadczeniem lekarskim	
2.	Okulista	
3.	Cukru we krwi	
4.	Badania EKG	
5.	RTG klatki piersiowej	
6.	OB	
7.	Morfologia	
8.	Cholesterol + frakcje	
9.	Mocz	
10.	Badanie dla celów sanepid	
	Razem

Oświadczam, iż oferowane wyżej ceny są stałe i nie ulegną zmianie w okresie obowiązywania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
pieczęć imienna i podpis uprawnionego przedstawiciela firmy Wykonawcy

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. 3 Maja 16
07-200 Wyszaków

Dotyczy: zapytania ofertowego na „Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy oraz pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszakowie w 2022r

OŚWIADCZENIE¹

Oświadczam, że

.....
.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

spełniam warunki udziału w zapytaniu ofertowym, tj.:

- 1) jestem uprawniony do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.) i spełnia warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067, ze zm.) oraz zadań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175, ze zm.),
- 2) posiadam uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone w odrębnych przepisach i przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za jakość wykonywanych usług medycznych,
- 3) jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń objętych zakresem niniejszego zamówienia,
- 4) zapewnię wykonywanie badań przez personel lekarski, pielęgniarski i inny posiadający wszelkie niezbędne w tym zakresie uprawnienia i kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 5) zapewnię realizację usług medycznych w placówce/placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie miasta Wyszakowa, znajdujących się na terytorium siedziby Zamawiającego, tj. ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszaków.

oraz:

- 1) ponoszę pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną osobie badanej w trakcie wykonywania badań lekarskich,
- 2) ponoszę całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych i stosowanych procedur medycznych.
- 3) zapewnię wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych na własny koszt,

¹ Oświadczenie podpisuje każdy Wykonawca składający ofertę

- 4) zapewnię pomieszczenia, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że aparatury i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku oraz pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.),
- 5) zapewnię placówkę/ki medyczną/e zlokalizowaną/e na terenie miasta Wyszkowa, działającą/e w reżimie sanitarnym w zakresie wynikającym z obowiązujących wytycznych i ograniczeń związanych z zapobieganiem choroby wywołanej wirusem SARS CoV-2.
- 6) **spełniam wymagania określone w art. 28, 29, 30, 32, 33 Rozporządzenia 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, w szczególności:**
- a) zapewniam, że stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające bezpieczeństwo przekazanych danych osobowych,
- b) zapewniam, że dostęp do powierzonych danych osobowych mają jedynie osoby upoważnione, którym Wykonawca polecił przetwarzanie danych osobowych,
- c) zapewniam, że dostęp do pomieszczeń, w których przetwarzane są powierzone dane, mają jedynie osoby do tego upoważnione oraz, że dostęp do tych pomieszczeń jest nadzorowany,
- d) zapewniam, że systemy, aplikacje i sprzęt informatyczny wykorzystywany do przetwarzania powierzonych danych są zabezpieczone przed nieautoryzowanym ujawnieniem lub utratą powierzonych danych,
- e) zapewniam, że połączenie zdalnego dostępu do systemu informatycznego zabezpieczone jest szyfrowanym kanałem,
- f) zapewniam, że będę współpracować z administratorem w celu realizacji praw osób, których dotyczą powierzone dane osobowe, wskazanych w Rozdziale III przytoczonego Rozporządzenia,
- g) zapewniam, że będę niezwłocznie informować administratora o naruszeniu ochrony danych osobowych, a także współpracować z administratorem w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązków związanych z naruszeniem ochrony danych osobowych ciążących na administratorze na podstawie przytoczonego Rozporządzenia.
- 7) Oświadczam, że prowadzę dokumentację potwierdzającą wykonywanie powyższych czynności oraz, że na żądanie administratora udostępnię wskazaną dokumentację.

.....

Miejscowość

.....

data

.....

podpis Wykonawcy

Umowa

zawarta w dniu..... pomiędzy:

Gminą Wyszków, ul. Aleja Róż 2, 07-200 Wyszków NIP: 762-18-88-505 - Ośrodkiem Pomocy Społecznej, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszków reprezentowanym przez Dyrektora Panią Agnieszkę Mróz, działającą z upoważnienia Burmistrza Wyszkowa zwanym dalej „**Zamawiającym**”,

aNIP.....REGON
.....reprezentowanym przez..... zwaną dalej „**Wykonawcą**”, zawarto umowę o następującej treści:

§ 1

Przedmiotem umowy jest świadczenie usług medycznych, w ramach medycyny pracy oraz profilaktyczna opieka zdrowotna dla pracowników lub kandydatów wskazanych do zatrudnienia u Zamawiającego, polegających w szczególności na:

- a) wykonywaniu w dni robocze, badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, zakończonych wystawieniem orzeczeń lekarskich, stwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub wykonywania pracy na określonym stanowisku bądź stwierdzających przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia lub wykonywania pracy na określonym stanowisku,
- b) dokonywaniu oceny możliwości wykonywania przez kandydatów wskazanych do zatrudnienia lub pracowników Zamawiającego pracy na określonym stanowisku, uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
- c) wydawaniu pisemnego zalecenia lekarza o konieczności używania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego, jeżeli wyniki badań okulistycznych przeprowadzonych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej wykażą taką potrzebę,
- d) współdziałaniu z Zamawiającym w celu ograniczenia szkodliwego wpływu na zdrowie pracowników Zamawiającego.

2. W ramach wynagrodzenia za świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy Wykonawca zobowiązany jest w szczególności do:

- a) umawiania na wykonanie badań profilaktycznych pracowników oraz kandydatów wskazanych do zatrudnienia u Zamawiającego, poprzez rejestrację telefoniczną lub on-line,
- b) wykonania zleconych usług medycznych oraz badań laboratoryjnych w terminie do 2 dni roboczych od daty rejestracji u Wykonawcy,

- c) zapewnienia w placówkach medycznych Wykonawcy gabinetów pobrań, gdzie na miejscu pobierany będzie materiał biologiczny do badań laboratoryjnych,
 - d) przeprowadzania badań profilaktycznych na podstawie indywidualnych skierowań wystawianych przez Zamawiającego i okazywanych przed przystąpieniem do badania,
 - e) wydawania, niezwłocznie po zakończeniu badań, oryginału orzeczenia lekarskiego (2 egzemplarze), według wzoru określonego w odpowiednich przepisach,
 - f) sporządzaniu i przesyłaniu Zamawiającemu do weryfikacji specyfikacji zawierającej imię i nazwisko osoby badanej, rodzaj, datę i koszt badań wykonanych oraz każdorazowo dołączania specyfikacji zatwierdzonej przez Zamawiającego do faktury VAT/rachunku, wystawianej/go po zakończeniu każdego miesiąca,
 - g) zapewnienia pomieszczeń, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że aparaty i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku oraz pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.),
 - h) zapewnienia placówki/ek medycznej/yh zlokalizowanej/yh na terenie miasta Wyszkowa, działającej/yh w reżimie sanitarnym w zakresie wynikającym z obowiązujących wytycznych i ograniczeń związanych z zapobieganiem choroby wywołanej wirusem SARS CoV-2.
3. Wykonawca w ramach świadczenia usługi:
- a) ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną osobie badanej w trakcie wykonywania badań lekarskich,
 - b) ponosi całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych i stosowanych procedur medycznych,
 - c) zapewni wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych na własny koszt.

§2

1. Rodzaj badań i ceny jednostkowe brutto (formularz cenowy) wykonywane przez **Wykonawcę** zawiera załącznik nr 1 do umowy.
2. W okresie obowiązywania umowy ceny jednostkowe brutto usług wymienione w załączniku Nr1 do umowy nie ulegają zmianie.

§3

Wykonawca za zgodą **Zamawiającego** upoważnia do przeprowadzenia badań w wstępnych i kontrolnych oraz wydania zaleceń do niezbędnych dodatkowych badań i konsultacji

zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej i obowiązującymi przepisami osobę posiadającą kwalifikacje określone przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 2016 poz. 2067 z zm.).

§4

Z usług medycznych mogą korzystać wyłącznie osoby posiadające skierowanie pisemne Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie lub osoby do tego upoważnionej.

§5

Zamawiający zobowiązuje się wobec **Wykonawcy** do:

1. Przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów czynników.
2. Zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy.
3. Udostępniania dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia.

§ 6

1. **Wykonawca** i **Zamawiający** mają prawo rozwiązać umowę za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia. Wypowiedzenie dokonuje się na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. **Wykonawca** nie ma prawa podzlecać wykonania usługi innemu Podmiotowi bez zgody **Zamawiającego**.

§ 7

1. W przypadku niewywiązania się z realizacji zamówienia przez **Wykonawcę**, z przyczyn niezależnych od **Zamawiającego**, **Zamawiający** zleca wykonanie usługi innemu Podmiotowi medycznemu obciążając kosztami **Wykonawcę**.
2. Niezachowanie ustalonego w § 6 terminu wypowiedzenia umowy przez jedną ze stron skutkuje karą umowną w wysokości 5.000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych).
3. **Zamawiającemu** przysługuje prawo potrącenia kary umownej z rachunku **Wykonawcy**.

§8

1. **Zamawiający** przekazywać będzie kwotę 100% wartości zrealizowanych usług medycznych na konto **Wykonawcy** w terminie 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku.

2. Dana do faktury:

Nabywca: Gmina Wyszków, ul. Aleja Róż 2, 07-200 Wyszków, NIP: 762-18-88-505.

Odbiorca: Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszków.

§9

Zamawiający zastrzega sobie w każdym czasie prawo kontroli przebiegu realizacji niniejszej umowy.

§ 10

Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 01.01.2022r. do dnia 31.12.2022r.**

§ 11

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zamawiający

Wykonawca;

.....

.....