

Pruszków 05.12.2017r

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. 2015 poz. 2164 tekst jedn. z późniejszymi zmianami), zaprasza do złożenia oferty cenowej na: „Świadczenia zdrowotne z zakresu transportu sanitarnego z opieką medyczną”

I. ZAMAWIAJĄCY:

1.Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie

ul. Armii Krajowej 2/4

05 – 805 Pruszków

E-mail: zamowienia@szpitalnawrzesinie.pl

Godziny urzędowania: 07:30 – 15:05

Tel /fax. 22 758-62-17

NIP 534-19-49-570

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

1.Przedmiotem zamówienia jest transport sanitarny specjalistyczny

(typ ambulansu „C”) obejmujący :

- 1) świadczenie usług przewozowych w systemie całodobowym (7 dni w tygodniu).
- 2) podstawienie samochodu sanitarnego Zespół Specjalistyczny typu „S” z pełną ekipą wyjazdową – zespół podstawowy: ratownik lub ratownik medyczny, który jednocześnie może pełnić funkcję kierowcy oraz lekarz i pielęgniarka - zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2013r., poz. 757późn.zm.);
- 3) zapewnienie choremu niezbędnej pomocy medycznej w trakcie transportu i przewiezienie chorego ze Szpitala Powiatowego SPZZOZ w Pruszkowie do miejsca wskazanego na skierowaniu.
- 4) wyjazd samochodu odbywać się będzie po zgłoszeniu konieczności takiego wyjazdu przez osobę do tego upoważnioną. Czas reakcji na zgłoszenie nie może być dłuższy niż 30 min.
- 5) Zespoły wyjazdowe będą posiadały pełne wyposażenie, zgodnie z obowiązującą normą: PN-EN 1789+A1:2011P.

III. TERMIN WYKONYWANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonywania usługi od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.

IV. ZAWARTOŚĆ OFERT:

Dla uznania ważności oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę :

1. formularz oferty -zał. Nr 1

2. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie co najmniej dwóch usług w zakresie transportu sanitarnego z opieką medyczną, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców (minimum 2 usługi) z załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane należycie (minimum 2 dokumenty) – załącznik nr 2 do specyfikacji

3.oświadczenie - zał. Nr 3,

4.wzór umowy — zał. Nr 4 (podpisany, a także parafowany na każdej stronie),

5.aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,

6.polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności z rozszerzeniem na choroby zakaźne (w tym WZW i HIV), w wysokości nie niższej niż wynikająca z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729)

7. Oświadczenie, że osoby, które będą wykonywały usługi objęte przedmiotem konkursu posiadają uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami (dotyczy niepublicznych ZOZ)

8. Aktualne zaświadczenie o nie zaleganiu w płaceniu składek ZUS oraz podatku do Urzędu Skarbowego;

9. Dokumenty mogą być składane w formie oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

UWAGA: Wykonawca przed podpisaniem umowy na żądanie Zamawiającego zobowiązany jest okazać oryginały załączonych dokumentów.

10. Formularze oferty i załączone do niej dokumenty winny być podpisane i opieczątowane przez upoważnioną osobę. Oferty winny być umieszczone w zaklejonej kopercie, opatrzone nazwą i adresem Oferenta oraz napisem:

„Oferta na świadczenia zdrowotne z zakresu transportu sanitarnego z opieką medyczną”

Termin i miejsce składania ofert: **15.12.2017r godz. 10:00 SPZZOZ ul. Armii Krajowej 2/4, 05 – 800 Pruszków - Sekretariat**

V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę.

2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych oraz częściowych.

3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim; wskazane jest by była sporządzona na maszynie, komputerze lub nieścieralnym atramentem (Zamawiający nie wyraża zgody na złożenie oferty w postaci elektronicznej).
4. Oferta i załączniki do oferty muszą być podpisane przez upoważnion(ego)ych przedstawiciel(a) i Wykonawcy.
 - a) W przypadku składania dokumentów w formie kopii, muszą one być poświadczone za zgodność z oryginałem przez upoważnion(ego)ych przedstawiciel(a) i Wykonawcy.
 - b) Poświadczenie za zgodność z oryginałem winno być sporządzone w sposób umożliwiający identyfikację podpisu (np. wraz z imienną pieczętką osoby poświadczającej kopię dokumentu za zgodność z oryginałem),
 - c) W przypadku podpisywania oferty lub poświadczania za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osob(ę)y nie wymienion(ą)e w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
5. Zamawiający zaleca, aby każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) była ponumerowana kolejnymi numerami.
6. Zamawiający zaleca, aby oferta wraz z załącznikami była zestawiona w sposób uniemożliwiający jej samoistną dekompletację .
7. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty (w tym załącznikach do oferty) muszą być parafowane (lub podpisane) własnoręcznie przez osob(ę)y podpisując(ą)e ofertę. Parafka (podpis) winna być naniesiona w sposób umożliwiający identyfikację podpisu (np. wraz z imienną pieczętką osoby sporządzającej parafkę).
8. Zaleca się, by koperta poza oznakowaniem, jak niżej powinna być opisana nazwą i adresem Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4 05-800 Pruszków

OFERTA NA: „ Świadczenia zdrowotne z zakresu transportu sanitarnego z opieką medyczną”

Nie otwierać przed **15.12.2017 r. godz. 10:30**

VI. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI:

1. W sprawie procedury zapytania ofertowego można kontaktować się z p. Katarzyną Gosiewską-Pawelczak budynek dyrekcji Szpitala Powiatowego w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4, adres e-mail: zamowienia@szpitalnawrzesinie.pl w poniedziałek - piątek w godz. 9.00 - 14.00. tel. 22 758-62-17.

VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego - w sekretariacie SPZ ZOZ w Pruszkowie ul. Armii Krajowej 2/4, budynek Administracji Szpitala I piętro Sekretariat Dyrektora.
2. Termin składania ofert upływa w dniu **15.12.2017 r. godz. 10:00.**

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert osobiście oraz za pośrednictwem poczty, przy czym dla zachowania terminu liczy się data i godzina otrzymania korespondencji przez Zamawiającego.

4. Termin związania ofertą 30 dni.

VIII. OFERTA CENOWA:

1. Cena oferty winna obejmować wszystkie koszty niezbędne do wykonania usługi w zakresie objętym niniejszą specyfikacją.

2. Wykonawca określi ceny jednostkowe usługi tzn. cenę jednostkową (netto) wraz z uwzględnieniem wszelkich niezbędnych opłat manipulacyjnych, ubezpieczenia, podatku VAT - co da cenę jednostkową brutto.

3. Cena oferty winna być wyrażona w postaci liczby i słownie w złotych polskich.

4. Ceny określone przez Wykonawcę nie będą podlegały zmianie przez okres trwania umowy.

5. Zamawiający nie zapewnia zwolnienia Wykonawcy z żadnych podatków, opłat ani nie będzie zwracał żadnych kar należnych z jakiegokolwiek tytułu.

6. Wykonawca nie może samodzielnie zmieniać i wprowadzać dodatkowych pozycji do formularza oferty.

7. W formularzu oferty Wykonawca podaje cenę brutto, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w rozumieniu ustawy z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2014 r., poz. 915).

8. Zastosowanie przez Wykonawcę stawki podatku VAT niezgodnej z przepisami prawa podatkowego spowoduje odrzucenie oferty.

IX. UMOWA:

1. Zamawiający zawrze umowę z wybranym oferentem w terminie po rozstrzygnięciu wyniku postępowania.

X. Przyczyny powodujące nie ocenianie oferty i unieważnienia postępowania.

1. Oferta nie będzie podlegała ocenie, jeżeli:

1) jej treść nie odpowiada treści zaproszenia do złożenia oferty cenowej;

2) jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

3) oferta zawiera błędy w obliczeniu ceny, które nie stanowią oczywistej omyłki pisarskiej.

2. Zamawiający unieważni postępowanie jeżeli nie wpłynie żadna oferta podlegająca ocenie.

3. Zamawiający zastrzega, że może unieważnić postępowanie nie podając przyczyny.

4. Wykonawcom nie przysługują środki ochrony prawnej przewidziane ustawą Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2004 r. poz. 177 z późn. zm.).

XI. Kryterium oceny ofert.

Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana oferta najtańsza, spełniająca wszystkie wymogi zawarte w zaproszeniu do złożenia oferty.

XII. Informacje o formalnościach jakie powinny być dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy.

1. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi niezwłocznie Wykonawców, którzy złożyli oferty.
2. Wybrany Wykonawca zostanie powiadomiony o miejscu i terminie zawarcia umowy.

DYREKTOR
SPZZOZ w Pruszkowie

Tomasz Sławatyniec
ZATWIERDZIŁ

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP

Numer REGON

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności

Zakres oferowanych świadczeń:.....

.....

1. Za wykonanie świadczenia zdrowotnego – usługi transportu medycznego karetką typu „C” , Zespół specjalistyczny typu „S” strony ustalają następujące stawki wynagrodzenia :

- 1) _przewóz chorego – rozliczenie ryczałtowe za każdy przejechany km. w wysokości zł brutto
- 2) postój 0,5 godz. bezpłatny, powyżej 0,5 godziny – oczekiwanie na pacjenta.....zł brutto(godzina postoju rozliczana w minutach).

.....

Data

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ ODPOWIEDAJĄCYCH SWOIM RODZAJEM
I WARTOŚCIĄ DOSTAWOM STANOWIĄCYM PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA.

Nazwa i adres Wykonawcy :

Lp.	Rodzaj i zakres zamówienia	Całkowita wartość	Termin realizacji od - do.....	Nazwa Zamawiającego

.....dnia.....

.....
(podpis upoważnionego
przedstawiciela wykonawcy)

1

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na wykonywanie świadczenia zdrowotnego – usługi transportu medycznego karetką typu „C” , Zespół specjalistyczny typu „S” dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie 05-800 Pruszków ul. Armii Krajowej 2/4

oświadczam, że:

- 1) Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- 2) Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania danego zamówienia.
- 3) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 4) Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- 5) Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy o świadczenie usług transportu sanitarnego i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 6) Oświadczam, że uważam się za związanego złożoną ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dn.

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

zawarta w dniu2017r pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie

05-800 Pruszków ul. Armii Krajowej 2/4

NIP 534-19-49-570 REGON 000310290 wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego
pod nr KRS 0000176316.

reprezentowanym przez :

Dyrektora SPZZOZ -

zwanym dalej Zleceniodawcą

a

Reprezentowanym przez :

Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług przewozowych w systemie całodobowym (7 dni w tygodniu) w zakresie transportu sanitarnego specjalistycznego (typ ambulansu „C”, Zespół Specjalistyczny typu „S”), obejmujący:
 - a) świadczenie usług przewozowych w systemie całodobowym (7 dni w tygodniu)
 - b) podstawienie samochodu sanitarnego Zespół Specjalistyczny typu „S” z pełną ekipą wyjazdową – zespół podstawowy ratownik lub ratownik medyczny, który jednocześnie może pełnić funkcję kierowcy oraz lekarz i pielęgniarka - zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2013r., poz. 757 z późn. zm.);
 - c) zapewnienie choremu niezbędnej pomocy medycznej w trakcie transportu i przewiezienie chorego w miejsce wskazane na skierowaniu.

d) wyjazd samochodu odbywał się będzie po zgłoszeniu konieczności takiego wyjazdu przez osobę do tego upoważnioną i na podstawie pisemnego zlecenia lekarza Zamawiającego. Zlecenie musi być zgodne ze wzorem ustalonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Transport będzie dotyczył pacjentów Szpitala Powiatowego w Pruszkowie.
3. Usługa transportowa będzie wykonywana na trasie wskazanej w zleceniu lekarskim i liczona od momentu wyjazdu karetki ze Szpitala Powiatowego w Pruszkowie do miejsca przewozu pacjenta.
4. Dokumentem zlecenia transportu jest zlecenie lekarskie podpisane ze strony Zleceniodawcy przez lekarza świadczącego pracę w Szpitalu Powiatowym.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się dotrzeć do miejsca rozpoczęcia transportu nie później niż w 30 minut od chwili zgłoszenia przez Zleceniodawcę.
6. Zlecenie na transport powinno być zgodne z wzorem ustalonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia a w szczególności zawierać dane:
 - Imię i nazwisko pacjenta, wiek, adres, PESEL
 - Rozpoznanie, kod (ICD10) oraz pozycja pacjenta w czasie transportu
 - Miejsce rozpoczęcia transportu
 - Miejsce przeznaczenia transportu
 - Data rozpoczęcia zlecenia (dzień, miesiąc, godzina), od której transport ma być wykonany z uwzględnieniem warunków komunikacyjnych (przewóz na badanie, konsultacje itp. na daną godzinę)

Rodzaj opieki medycznej w czasie transportu.

7. Zadania Zleceniobiorcy obejmują:
 - opiekę medyczną podczas transportu zgodnie z zaleceniem
 - przewóz karetką na trasie według zlecenia.

§ 2

Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddawania kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wykonywanych świadczeń objętych umową i na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, 1793 j.t. ze zm.).

§ 3

Zleceniobiorca oświadcza, że do świadczenia usług transportowych, o których mowa w §1 posiada:

- 1) stosowne uprawnienia - zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
- 2) sprzęt, wiedzę techniczną, doświadczenie oraz kadrę pracowników przeszkolonych i wykwalifikowanych, gwarantujące wykonanie usługi z należytą starannością, zgodne

z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i Polskimi Normami przenoszącymi europejskie normy zharmonizowane.

§ 4

1. Za wykonanie świadczenia zdrowotnego – usługi transportu medycznego karetką typu „C” , Zespół specjalistyczny typu „S” strony ustalają następujące stawki wynagrodzenia :

- 1) przewóz chorego zgodnie z § 1, ust. 3 – rozliczenie ryczałtowe za każdy przejechany km. w wysokości zł brutto
 - 2) postój 0,5 godz. bezpłatny, powyżej 0,5 godziny – oczekiwanie na pacjenta zł brutto (godzina postoju rozliczana w minutach).
2. Cena z oferty jest ceną obowiązującą i nie podlegającą zmianie przez okres realizacji umowy.

§ 5

1. Strony ustalają, iż rozliczenie za wykonane usługi odbywać się będzie w okresach miesięcznych.
2. Za wykonane usługi transportu sanitarnego Zleceniobiorca wystawi fakturę VAT na koniec miesiąca, w którym dokonano usług.
3. Zleceniobiorca do każdej faktury zobowiązany jest dołączyć wykaz wykonanych zleceń z podaniem dla każdego transportu czasu trwania usługi i wykonanych kilometrów oraz nazwisko lekarza zlecającego.
4. Zleceniodawca będzie regulował należności za świadczone usługi transportowe w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z załączonym wykazem wykonanych zleceń, o którym mowa w ust. 3.
5. Osobami uprawnionymi do odbioru faktury VAT jest główna księgowa oraz osoby upoważnione do odbioru faktur z działu księgowości.
6. Płatności będą dokonywane przelewem na podstawie faktury na konto Zleceniobiorcy.
7. W przypadku opóźnienia płatności ewentualne odsetki ustawowe będą przedmiotem odrębnych negocjacji.

§ 6

1. Wykonawca zapłaci kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu umowy w następujących przypadkach i w wysokości:
 - a) 500,00 zł (słownie złotych: pięćset 00/100) za nieuzasadnioną przerwę w zabezpieczeniu usług w zakresie transportu sanitarnego i pozostawianiu w gotowości do wykonywania tego transportu oraz zabezpieczeniu stałej łączności – za każdy stwierdzony przypadek,
 - b) 500,00 zł (słownie złotych: pięćset 00/100) za każdy stwierdzony przypadek spóźnienia w stosunku do czasu, wskazanego w § 4 ust. 1,

c) 500,00 zł (słownie złotych: pięćset 00/100) za obniżenie jakości świadczeń zdrowotnych w tym stwierdzenie braku wymaganych kwalifikacji przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, brak wymaganego sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do udzielania świadczeń – za każdy stwierdzony przypadek,

d) 500,00 zł (słownie złotych: pięćset 00/100) za utrudnienie prowadzenia kontroli osobie wyznaczonej przez Zamawiającego działającej w jego imieniu – za każdy stwierdzony przypadek.

2. Postanowienia o karach umownych zachowują ważność niezależnie od rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym lub z zachowaniem terminu wypowiedzenia.

3. Zamawiający może żądać odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

4. Zamawiający może potrącić kary umowne z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy z tytułu wykonania niniejszej umowy.

§ 7

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu przedmiotu umowy w zakresie świadczenia medycznego przez zespoły wyjazdowe danego typu ponosi Wykonawca.

2. Na Wykonawcy ciąży obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielanych świadczeń. Suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 200.000 zł.

§ 10 Kary umowne nakładane w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów przez Dyrektora MOW NFZ na Szpital z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy, obciążają w tym zakresie Wykonawcę.

§ 8

1. Umowę zawiera się od **01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.** z możliwością wypowiedzenia przez Zleceniodawcę z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. Umowa może ulec rozwiązaniu w każdym czasie za porozumieniem Stron.

3. W razie opóźnienia w zapłacie Zleceniobiorcy przysługuje prawo warunkowania dalszego świadczenia wynikającego z tej umowy na rzecz Zleceniodawcy, ale dopiero w wypadku opóźnienia w płatności stanowiącego 3 pełne okresy zapłaty i po pisemnym wezwaniu Zleceniodawcy do regulowania zaległości w terminie 14 dni.

4. Zleceniodawca może odstąpić od umowy bez wypowiedzenia w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonywania umowy przez Zleceniobiorcę.

§ 9

Zleceniobiorca nie może bez zgody Zleceniodawcy przenieść wierzytelności wynikających z realizacji niniejszej umowy na osoby trzecie.

§ 10

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności

§ 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami umowy będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa – właściwe dla przedmiotu umowy.

§ 12

Ewentualne spory wynikające z niniejszej umowy będą rozwiązywane polubownie lub zostaną rozstrzygnięte przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 13

Umowa została sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po dwa dla każdej ze Stron.

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

