UMOWA nr …./…../WZM/2018/Apt.

Zawarta dnia …….. **2018**roku pomiędzy:

**4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław nr NIP: 899-222-89-56, nr REGON**: 930090240 **nr KRS**: 0000016478

zwanym dalej „Zamawiającym”,

reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. med. Wojciecha Tańskiego**

a

**………………………………………………………………………………………………….Regon ………….…………….., NIP ………………….........**(zarejestrowanym w Sądzie **…………………………………………………………..** nr KRS ........./wpisanym do centralnej ewidencji działalności gospodarczej CEIDG\*)

reprezentowanym przez:……………………………………..

zwanym dalej **WYKONAWCĄ,**

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Zamawiający zleca a Wykonawca zobowiązuje się wykonywać usługę w postaci odczytów dawek indywidualnych lub środowiskowych od promieniowania jonizującego gamma lub Rtg, przy użyciu dawkomierzy termoluminescencyjnych zgodnie z obowiązującą procedurą badawczą PB-DAWKI, oraz przesyłać wyniki
w formie raportu.
2. Dawkomierze termoluminescencyjne są własnością Wykonawcy, który przekazuje je Zamawiającemu do używania, w celu wykonania umowy.
3. W przypadku zagubienia lub zniszczenia dawkomierza z winy Zamawiającego. Zamawiający pokrywa cenę dawkomierza w kwocie:

DI-02 = ……… zł (brutto),

PI-01 = ……. zł (brutto),

OD-12 = …… zł (brutt).

**§ 2**

1. Cena za odczyt jednego dawkomierza w cyklu kwartalnym zgodnie z ofertą z dnia ……../2018 wynosi:

typu DI-02 =…….…zł +VAT wg obowiązującej stawki,

typu PI-01= …….…. zł +VAT wg obowiązującej stawki,

typu OD-12 = ……… zł + VATwg obowiązującej stawki.

1. Łączna wartość netto umowy wynosi: ………………….zł (słownie: ………………………..zł 00/100), łączna cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) wynosi: ……………..zł (słownie: ………………………………zł 00/100).
2. Na życzenie Zamawiającego odczyt dawkomierzy może być wykonany w trybie pilnym (do 24 godz. od otrzymania dawkomierzy).Cena odczytu jednego dawkomierza w trybie pilnym, zgodnie z aktualnym cennikiem Wykonawcy.

**§ 3**

**OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający po otrzymaniu dawkomierzy, wydaje je pracownikom lub umieszcza
w punktach pomiarowych, a następnie w określonym terminie zbiera dawkomierze
i przesyła na adres Wykonawcy w ustalonych okresach. W przesyłce Zamawiający zobowiązany jest do podania pisemnie numeru dawkomierza oraz imienia i nazwiska osoby, która użytkowała dawkomierz lub opisu punktu pomiarowego.
2. Zamawiający zobowiązuje się do użytkowania w/w dawkomierzy zgodnie z instrukcją użytkowania, załączoną do pierwszej przesyłki oraz do terminowego dostarczania wszystkich dawkomierzy. Zamawiający zobowiązuje się do przesłania dawkomierzy do Wykonawcy w terminie 2 tygodni od zakończenia okresu pomiarowego
i otrzymaniu nowych dawkomierzy.
3. Zamawiający dostarcza do Wykonawcy niezbędne dane do opisu dawkomierzy (nr oraz imię i nazwisko pracownika lub opis punktu pomiarowego) i prowadzenia ewidencji dawek.
4. Wykonawca zastrzega sobie prawo obciążenia Zamawiającego kosztami przygotowania i odczytu dawkomierzy zamówionych, a nie używanych w cyklu pomiarowym.
5. W przypadku nie odesłania dawkomierzy do odczytu w terminie przekraczającym 60 dni, po zakończonym okresie pomiarowym, Wykonawca może obciążyć Zamawiającego kosztem ich wytworzenia, zgodnie z obowiązującym cennikiem. Po zapłaceniu dawkomierze stają się własnością Zamawiającego.
6. Zamawiający przekazuje wszelkie informacje w formie pisemnej (faksem, e-mailem lub drogą pocztową) dotyczące zmian osób objętych kontrolą, nazwisk, stanowisk pomiarowych oraz termin wprowadzenia zmian.
7. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Wykonawcy kosztów odczytów, które będą iloczynem liczby skumulowanych cykli pomiarowych i ustalonej ceny jednostkowej za odczyt.
8. Osobą odpowiedzialną ze strony Zamawiającego za prawidłowe wykonanie niniejszej umowy w okresie jej obowiązywania jest wyznaczona osoba lub Zakładowy Inspektor Ochrony Radiologicznej.

**§ 4**

**OBOWIĄZKI WYKONAWCY**

1. Wykonawca zobowiązuje się do odczytu dawkomierzy oraz przesyłania ich do Zamawiającego na własny koszt w terminach kwartalnych. Wyniki odczytu w formie raportu Wykonawca przesyła nie później niż z dawkomierzami przygotowanymi na kolejny okres pomiarowy.
2. Wykonawca przesyła w terminach kwartalnych przygotowany zestaw dawkomierzy.
3. Wykonawca zobowiązuje się do przesłania instrukcji użytkowania w/w dawkomierzy w zakresie właściwej eksploatacji, konserwacji i pielęgnacji oraz udzieli wszechstronnej pomocy użytkownikowi jeżeli tylko wystąpią jakiekolwiek trudności związane z eksploatacją w/w dawkomierzy.

**§ 5**

1. Formę płatności ustala się jako przelew na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w fakturze.
2. Termin płatności ustala się na ………. dni od dnia wystawienia faktury. Faktury są wystawiane odpowiednio do wykonanych odczytów.
3. Jeżeli należność nie zostanie uregulowana w w/w terminie Wykonawca może naliczyć ustawowe odsetki.
4. W przypadku opóźnienia Zamawiającego w uregulowaniu należności z tytułu niniejszej umowy, Wykonawca może Zamawiającemu, wyznaczyć dodatkowy termin do wykonania zobowiązania z zagrożeniem, że po bezskutecznym jego upływie będzie uprawniony, wedle własnego wyboru, do zatrzymania kompletu dawkomierzy po przeprowadzeniu odczytu, ewentualnie do natychmiastowego rozwiązania umowy.

**§ 6**

1. W/w umowa zawarta jest na czas określony i obowiązuje od dnia ………. **2018 r.** do ……….. **2021r.**
2. Po upływie terminu określonego w § 6 ust. 1 Zamawiającyzobowiązany jest do zwrotu używanych dawkomierzy lub do pokrycia ich kosztów. Wartość jednego dawkomierza DI-02 wynosi …….. zł (brutto),PI-01wynosi ………. zł (brutto) a OD-12 = …… zł (brutt).Po zapłaceniu dawkomierze stają się własnością Zamawiającego.

**§ 7**

1. Wszystkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszystkie spory wynikające z niniejszej umowy rozstrzygane będą na zasadach wzajemnego porozumienia.
3. Jeżeli strony nie osiągną kompromisu wówczas sprawy sporne, kierowane będą do sądu właściwego dla siedziby Wykonawcy.

**§8**

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Zamawiającego i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych
w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne”).
2. Wykonawca oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba, że konieczność ujawniania posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.

**§ 9**

Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Zamawiający Wykonawca**

**Załącznik nr 1**

 **( wzór)**

**DOTYCZY (PRZEKAZANIA) - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

 **Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

Tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

fax………………..

**Proszę o przekazanie sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** |  |  |  |

***……………………………………………………….***

***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ………………………………………..***

 ***podpis***

***Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ………………………………………..***

 ***podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………….………………..***

 ***podpis***