



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



Włoszczowa, dnia 04.01.2019r.

## Znak Sprawy 01/01/2019

### Zapytanie ofertowe na dostawę druków medycznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

#### CZĘŚĆ I

##### 1. ZAMAWIAJĄCY

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie-  
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa  
tel. 41 3883837  
fax: 41 3883858

NIP: 656-18-55-908  
REGON: 000304295

Osobą upoważnioną do kontaktu z oferentami  
jest:  
Pani Jolanta Nowak – tel 041 388 37

##### 2. PRZEDMIOT ZAPYTANIA OFERTOWEGO JEST:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa druków medycznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie na zasadach określonych w załączonym projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 3.

Szczegółowy opis druków medycznych znajduje się w załączniku nr. 1

##### 3. SPOSÓB OBLICZANIA CENY:

3.1. Cena oferty powinna zawierać wycenę wszystkich kosztów, jakich oferent zażąda w związku z realizacją przedmiotu zapytania ofertowego oraz VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

3.2. Cenę oferty należy wyrazić w ofercie w PLN.

3.3 Termin płatności: **30dni**

3.4 Termin dostawy: **3 dni**

##### 4. WYBRANE WARUNKI REALIZACJI:

4.1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dodatkowych zapytań technicznych.

##### 5. WARUNKI UDZIAŁU:

5.1. W postępowaniu mogą wziąć udział (złożyć ofertę) oferenci posiadający aktualne i obowiązujące uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego oraz posiadający niezbędną wiedzę oraz dysponujący potencjałem technicznym i kadrowym zdolnym do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego.

##### 6. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Do oceny ofert przyjmuje się następujące kryteria:



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



**Całkowita wartość zamówienia brutto – wartość kryterium - 100 %**

Podstawą oceny jest cena zamówienia brutto zaproponowana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiący załącznik nr, 2

Kryterium ceny - (Kc).

$$Kc = \frac{\text{Najniższa cena zamówienia brutto spośród nieodrzuconych ofert}}{\text{Cena zamówienia brutto w badanej nieodrzuconej ofercie.}} \times 100 \times 100\%$$

Maksymalna ilość punktów do uzyskania w kryterium „Cena” wynosi – **100 pkt.** Zamawiający wyliczy liczbę punktów uzyskanych przez poszczególne oferty w oparciu o ww. wzór z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

#### **Oferta najkorzystniejsza:**

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą łączną liczbę punktów.

**Wszelkie rozliczenia pomiędzy zamawiającym a wykonawcą dokonywane będą wyłącznie w złotych polskich.**

## **CZĘŚĆ II**

### **Informacje dotyczące składania ofert**

#### **1. Termin i miejsce składania ofert**

Oferty należy złożyć w wersji papierowej w sekretariacie ZOZ Włoszczowa do dnia **10.01.2019** roku do **godziny 12:00**. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **10.01.2019** roku o godzinie **12:15** na Sali konferencyjnej Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie.

Ofertę należy złożyć w nieprzejrystej i zaklejonej kopercie lub opakowaniu.

Kopertę lub opakowanie należy oznaczyć następująco: Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie-Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II. 29 - 100 Włoszczowa, ul. Żeromskiego 28 – „**Dostawa druków medycznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**” nie otwierać przed godziną **12:15** w dniu **10.01.2019** roku.

Koperta lub opakowanie winno zostać opatrzone dokładnym adresem oferenta.

Wszystkie strony oferty powinny być spięte (zszyte) w sposób trwały, zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty.

#### **Jako ofertę należy przesłać:**

- a) wypełniony szczegółowy opis druków medycznych stanowiący załącznik nr 1,
- b) wypełniony formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 2,
- c) odpis z KRS lub CEiDG (nie starszy niż 6 miesięcy przed składaniem ofert),
- d) zaakceptowany - parafowany projekt umowy (załącznik nr 3)

#### **2. Wybór oferenta**

Zamawiający wybierze oferenta, który przedłożył ofertę najkorzystniejszą z punktu widzenia kryteriów





# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



przyjętych w niniejszym zapytaniu.

### 3. Wyjaśnienia do ofert

- 3.1 Zamawiający może żądać, w wyznaczonym przez siebie terminie uzupełnień i wyjaśnień dotyczących złożonej oferty.
- 3.2 Wykonawca może zadawać pytania do zapytania ofertowego do dnia 07.01.2019 r.. Po upływie w/w terminu pytania nie będą rozpatrywane.

### 4. Ilość składanych ofert

Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę.

### 5. Postanowienia końcowe:

- Do spraw nieuregulowanych w niniejszej specyfikacji mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i inne właściwe przepisy.
- Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty i udziałem w postępowaniu ponosi Wykonawca
- Wszelkie załączniki do niniejszych Warunków Zamówienia stanowią ich integralną część.
- Zamawiający może unieważnić postępowanie, w szczególności w przypadku, gdy cena oferty najkorzystniejszej przekracza kwotę, którą zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

### 6. Klauzula Informacyjna z art. 13 RODO.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa, tel./fax (41) 388 38 37/(041) 388 38 77, e-mail: zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl;**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na „**dostawę druków medycznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**”

- „”, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 poz. 1986), dalej „ustawa Pzp”;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

\* **Wyjaśnienie:** informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu przetwarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

\*\* **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

\*\*\* **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## Załącznik:

1. Szczegółowy opis druków medycznych załącznik nr 1,
2. Formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 2,
3. Projekt umowy załącznik nr 3.

Sporządził

Zatwierdził

REFERENT  
Działu Obsługi Adm.-Tech.

Jolanta Nowak

p.o. DYREKTOR  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Włoszczowie  
Sławomir Sobusiński





# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



Załącznik nr 1

## Szczegółowy opis druków medycznych

Formularz asortymentowo-cenowy							
	Wykaz druków						
L.p.	Przedmiot zamówienia -opis druków /papier, format/	j.m.	Ilość	Cena jedn. netto w zł	Stawka VAT	Wartość ogólna netto	Wartość ogólna brutto
	<i>DRUKI do Poradni Medycyny Pracy</i>						
1	Karta badań profilaktycznych A 5, papier offset	szt	5000				
2	Karta do celów sanitarno-epidemiologicznych A 5	szt	1500				
3	Orzeczenia lekarskie ZKP A4 samokopiujące	bl	200				
4	Orzeczenia lekarskie do celów sanitarno -epidemiologicznych A5	bl	70				
5	Karta badań kierowców A4	szt	500				
6	Ankiety do badań kierowców A4	szt	500				
7	Orzeczenia lekarskie dla kierowców A4	szt	500				
8	Rejest wydanych orzeczeń A4 twarda oprawa, 200 kartek	szt	1				
9	Rejest wydanych orzeczeń do celów sanitarno-epidemiologicznych A4, 200 kartek	szt	1				
10	Rejestr wydanych orzeczeń lekarskich kierowców A 4,100 kartek	szt	1				
	<i>KSIĄŻKI W TWARDEJ OPRAWIE, okładka z naklejoną nazwą książki , nadruk dwustronny</i>						
1	Księga raportów pielęgniarskich	ks.	50				



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



A4,200 kart.								
2	Księga raportów lekarskich 200 kart., A4, papier offset	ks.	20					
3	Księga zabiegów 150 kart., A4, papier offset	ks.	30					
4	Księga kontroli środków odurzających, A-4 twarda oprawa 100 kartek	szt	10					
5	Książka - według wzoru, A -4 , 200 kartek, twarda oprawa	ks.	30					
6	Karta intensywnego nadzoru A- 3 kolor full dwustronny	szt	2 000					
7	Mgazyn wyda A-5 samokopia	bl	50					
8	Naklejki na odpady medyczne zakaźne w/g wzoru 10x10	szt	5 000					
9	Wymiana gumy do automatu	szt	50					
10	Oprawa automat (pieczętki)	kpl	30					
11	Druk A-6 wg wzoru samokopia	bl	50					
RAZEM								



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



Załącznik nr 2

.....  
(pieczęćka Oferenta/dane Oferenta)

## FORMULARZ OFERTY

Nawiązując do zapytania ofertowe na dostawę druków medycznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II oferuję wykonanie przedmiotu zapytania za cenę:

- netto ..... PLN

(słownie: .....  
.....)

- VAT ..... PLN

(słownie: .....  
.....)

- brutto ..... PLN

(słownie: .....  
.....)

1. Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu Ofertowym.
2. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zapytania ofertowego i zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że posiadam aktualne i obowiązujące uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego oraz niezbędną wiedzę oraz dysponuję potencjałem technicznym i kadrowym zdolnym do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego.
5. Wykonawca oświadcza, że wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO wobec osób fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zapytania ofertowego.

(podpisy upoważnionych przedstawicieli Oferenta)

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





# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



Załącznik nr 3

## PROJEKT ISTOTNYCH POSTANOWIEŃ UMOWY

nr .....

zawarta w dniu ..... roku we Włoszczowie pomiędzy:

1. **Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitalem Powiatowym im. Jana Pawła II**,  
ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa; wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Kielcach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS: 0000057160, NIP 656-18-55-908, REGON 000304295, reprezentowanym przez:

- **p.o. Dyrektora – Sławomira Sobańskiego,**

- **przy kontrasygnacie p.o. Głównego Księgowego – Krystyny Banaczkowskiej,**

zwanym dalej „**Zamawiającym**”,

a .....

.....

.....

.....

zwanym dalej „**Wykonawcą**”,

o następującej treści:

Niniejsza Umowa została zawarta w wyniku zapytania ofertowego które przeprowadzono na podstawie regulaminu udzielania zamówień publicznych do 30.000 euro w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitalem Powiatowym im. Jana Pawła II.

### § 1

Przedmiotem niniejszej Umowy jest sukcesywnie dostarczanie druków medycznych na potrzeby Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, w asortymencie podanym przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej Umowy.

### § 2

1. Maksymalna wartość zamówienia jaka może być wydatkowana z tytułu realizacji przedmiotowej Umowy w okresie jej obowiązywania to: .....zł brutto (słownie: ...../100). Zamawiający zastrzega sobie prawo do zakupu mniejszej ilości druków medycznych i niewykorzystania całej kwoty wynikającej z umowy bez prawa roszczeń z tego tytułu przez Wykonawcę.
2. Cena określona w ust. 1 zawiera wszystkie koszty potrzebne do zrealizowania przedmiotu zamówienia w tym koszty transportu.
3. Regulowanie należności Wykonawcy będzie następować sukcesywnie za każdą dostarczoną partię zamówionych druków medycznych według zasad określonych w § 5 ust. 5 niniejszej Umowy.





# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



## § 3

1. Umowa obowiązuje w okresie od dnia .....r. do dnia ..... r.
2. W okresie trwania Umowy Wykonawca zobowiązuje się do sukcesywnego dostarczania do siedziby Zamawiającego druków medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 o parametrach i jakości oraz według cen jednostkowych brutto podanych w ofercie Wykonawcy.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zamawiania zamiennie druków medycznych wymienionych w Załączniku nr 1, jednak na łączną kwotę nie wyższą niż określona w § 2 ust. 1.
4. Ilość dostaw częściowych, terminy ich realizacji i miejsce będą każdorazowo uzgadniane między Zamawiającym a Wykonawcą faxem lub drogą mailową. Ze strony Zamawiającego osobą upoważniona do kontaktów jest Pani Regina Wolska tel. 41 3883837, faks 41 3883877, e-mail: [zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl](mailto:zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl), ze strony Wykonawcy jest Pan ..... tel. .... lub e-mail:.....
5. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia żądanej ilości w danym asortymencie druków medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 w ciągu trzech dni roboczych od dnia uzgodnienia tych dostaw z ww. przedstawicielem Zamawiającego.
6. Koszty załadunku, transportu do siedziby Zamawiającego oraz koszty rozładunku obciążają Wykonawcę.

## § 4

Zamawiający zobowiązuje się do odbioru zamówionych i dostarczonych do jego siedziby druków medycznych w dniu dostawy, uzgodnionym między Stronami.

## § 5

1. W przypadku dostarczenia druków medycznych wadliwych lub innych niż określono to w zamówieniu lub Umowie, Wykonawca zobowiązany jest do ich wymiany na druki medyczne określone w zamówieniu lub Umowie lub pozbawione wad.
2. Koszt dostarczenia druków medycznych wolnych od wad lub zgodnych z zamówieniem lub Umową obciąża Wykonawcę.
3. Dostawa druków medycznych, o których mowa w ust. 2 nastąpi w terminie 2 dni roboczych od dnia, w którym Wykonawca został poinformowany o wadach lub niespełnieniu przez dostarczony towar warunków określonych w zamówieniu lub Umowie.
4. Zamawiający zobowiązuje się do zapłacenia należności za dostarczone druki medyczne na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę i dostarczonej do siedziby Zamawiającego. Zapłata nastąpi w terminie 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury przez Zamawiającego, na konto Wykonawcy. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
5. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności na osobę trzecią bez zgody Zamawiającego i podmiotu tworzącego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Wyklucza się stosowanie przez Strony Umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art. 518 Kodeksu Cywilnego (w szczególności Wykonawca nie może zawrzeć umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.
7. Naruszenie zakazu określonego w ust. 5 i 6, skutkować będzie dla Wykonawcy obowiązkiem zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości scedowanego/spełnionego przez osobę trzecią świadczenia.
8. Zamawiający może odstąpić od Umowy:
  - a) w przypadku naruszenia postanowień niniejszej Umowy przez Wykonawcę,



# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



- b) w przypadku nienależytego wykonania Umowy.
9. Z prawa odstąpienia od Umowy Zamawiający może skorzystać w terminie końcowym wskazanym w § 3 ust.
10. Strony ustalają, że w przypadku odstąpienia od Umowy na podstawie ust. 8 powyżej Zamawiający może naliczyć kary umowne z następujących tytułów i wysokości:
- a) za niewykonanie przedmiotu Umowy z winy Wykonawcy w wysokości 10% wartości całego zamówienia,
- b) w przypadku nieterminowych dostaw bądź odmowy dostaw w wysokości 2% wartości zamówienia częściowego brutto za każdy dzień zwłoki ponad termin określony w § 3 ust. 6 oraz § 5 ust. 4.
11. W przypadku, gdy szkoda poniesiona przez Zamawiającego przewyższa wysokość kar umownych – Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych określonych przepisami Kodeksu cywilnego.
12. Kary umowne płatne będą w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania przez Wykonawcę stosownej noty, na rachunek bankowy wskazany w jej treści.
13. Zamawiający ma prawo potrącać kary umowne z wynagrodzenia Wykonawcy.
14. W przypadku niedostarczenia towaru, określonego w Umowie, w wymaganym terminie i pożądanej jakości, co powoduje konieczność dokonania zakupu towaru wskazanego w Umowie u innego kontrahenta, Wykonawca zobowiązany będzie do pokrycia różnicy w cenie dokonanego zakupu.
15. Kary umowne mogą podlegać sumowaniu.
16. Postanowienia dotyczące kar umownych i odszkodowania uzupełniającego pozostają w mocy również w przypadku odstąpienia od Umowy przez którąkolwiek ze Stron.

## § 6

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy, Zamawiający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części Umowy.
3. Zamawiający może odstąpić od Umowy w przypadku likwidacji Wykonawcy.

## § 7

Wypowiedzenie, odstąpienie od Umowy oraz wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności (aneks).

## § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

## § 9

Wszelkie spory wynikłe w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy poddaje się rozstrzygnięciom przez Sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

## § 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY