WARUNKI KONKURSU

**OGŁOSZENIE Z DNIA 14.03.2017**

**O KONKURSIE OFERT**

**na zadanie pod nazwą:**

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych

**w zakresie krioterapii i elektrokoagulacji ginekologicznej**

**dla Samodzielnego Publicznego**

**Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie”**

1. Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej. (t.j. Dz.U. 2016 nr 0 poz. 1638) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.).
2. Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.

**ROZDZIAŁ I.**

PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest zlecenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:
2. Część 1: krioterapii ginekologicznej
3. Część 2: elektrokoagulacji ginekologicznej
4. O zamówienie mogą się ubiegać podmioty lecznicze, których rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, odpowiada przedmiotowi konkursu.
5. Dopuszcza się składanie ofert częściowych.
6. Warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych warunkach konkursu będą zawarte w umowie, której projekt stanowi załącznik nr 2.

**ROZDZIAŁ II**

WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ OFERTA

1. Oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty bądź ich potwierdzone za zgodność kopie:

* 1. Formularz Ofertowy, stanowiący **załącznik nr 1 oraz 1a** do warunków konkursu;
	2. Dokumenty potwierdzające dane o Oferencie, tj.:
		1. Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej albo aktualny odpis
		z Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy, poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta;
		2. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**Uwaga:**

* **potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta;**
* **zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określony we wpisie do właściwego rejestru musi odpowiadać zakresowi objętemu konkursem.**

ROZDZIAŁ III

CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA

Umowa zostanie zawarta na czas określony: 24 miesiące.

**ROZDZIAŁ IV**

OFERTA CENOWA

1. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN) i jest ceną brutto. Zaoferowana cena będzie obowiązywać przez cały czas trwania umowy.
2. Cenę należy podać na formularzu ofertowym, określonym w **Załączniku Nr 1** do niniejszych warunków konkursu.

## ROZDZIAŁ V.

KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

1. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń w oparciu o następujące kryteria:
	* + 1. **Cena: 80 %**

Sposób dokonania oceny odbędzie się wg wzoru:

Maksymalną ilość 10 punktów za kryterium ceny otrzyma Oferent, który przedstawi w ofercie cenę najniższą. Pozostali Oferenci otrzymają proporcjonalnie mniej punktów

Wartość punktowa pozostałych ofert zostanie obliczona na podstawie wzoru:

 **najniższa proponowana cena**

 **------------------------------------ x 10**

 **cena oferty ocenianej**

1. **Kompleksowość: 10%**

Za posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych świadczących usługi objęte konkursem, potwierdzonych wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, **oferent otrzyma 10 pkt.**

1. **Dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej: 10 %.**

**Kryterium to oceniane będzie na podstawie:**

* **Lokalizacji placówki Oferenta:**

- lokalizacja placówki wykonującej świadczenia w odległości do 20 kilometrów od siedziby Organizatora Konkursu: 10 pkt;

- lokalizacja placówki wykonującej świadczenia w odległości od 20 do 40 kilometrów od siedziby Organizatora Konkursu: 5 pkt;

- lokalizacja placówki wykonującej świadczenia w odległości powyżej 40 kilometrów od siedziby Organizatora Konkursu: 0 pkt.

UWAGA: ZAMAWIAJĄCY NIE DOPUSZCZA LOKALIZCJI POWYŻEJ 40 KILOMETRÓW OD SIEDZIBY ORGANIZATORA KONKURSU (oferta odrzucona).

UWAGA: obliczenie odległości odbędzie się w oparciu o program Mapy Google (<http://maps.google.pl/>). Odległość wyznaczona zostanie od siedziby Organizatora Konkursu do miejsca udzielania świadczeń (tryb podróży: samochód).

**ROZDZIAŁ VI.**

**MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, wraz z adnotacją **„Konkurs ofert na świadczenia medyczne w zakresie …………………..”**
2. Oferty należy składać w siedzibie Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie w administracji pok. nr 20, w nieprzekraczalnym terminie **do 21.03.2017 r. do godz. 14.00**

**ROZDZIAŁ VII.**

**PRZEBIEG KONKURSU**

1. Otwarcie kopert z ofertami nastąpi w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sławkowie, ul. PCK 3 , w administracji, **w dniu 21.03.2017 r.
o godz. 14.10.**
2. Konkurs przeprowadza Komisja powołana Decyzją Dyrektora SPZOZ.
3. Otwarcie kopert z ofertami dokonane zostanie w obecności wszystkich przybyłych Oferentów, którzy będą mogli uczestniczyć w części jawnej konkursu.
4. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na adres e-mail.
5. Odrzuca się ofertę :
* złożoną po terminie ,
* zawierającą nieprawdziwe informacje,
* jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń,
* jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
* jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
* jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
* jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
* złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia
z przyczyn leżących po stronie oferenta.
1. Unieważnia się postępowanie gdy:
* nie wpłynęła żadna oferta bądź wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu,
* odrzucono wszystkie oferty,
* kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń,
* nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

**ROZDZIAŁ VIII.**

ZAWARCIE UMOWY

1. Dyrektor SPZOZ zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodną z wybraną przez komisję konkursową najkorzystniejszą ofertą nie wcześniej niż przed upływem terminu na wniesienie odwołania.
	1. **ROZDZIAŁ IX.**

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W razie, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona zostanie tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.
3. Zastrzega się prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert oraz rozstrzygnięcia konkursu.
4. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 3 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
5. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 3 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
6. W terminie 3 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do Dyrektora SPZOZ odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
7. Dyrektor SPZOZ rozpatruje odwołanie w ciągu 3 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

**Data: 14 marca 2017 r. ……………………………………………**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

*do Warunków Konkursu*

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

**(pieczęć adresowa firmy Oferenta)**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane oferenta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedziby |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

 Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, składam następującą ofertę:

Część 1: krioterapia ginekologiczna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa | Cena brutto za 1 zabieg | Termin wykonania |
| KRIOTERAPIA GINEKOLOGICZNA |  |  |

* 1. Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w .........................................................................

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

(dokładny adres placówki).

* 1. Oświadczam, iż placówka, w której wykonywane będą badania czynna jest w dniach .............................. godz. ....................................................................................... i w tym terminie pacjenci będą mogli korzystać z usług objętych umową.

**Część 2: elektrokoagulacja ginekologiczna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa | Cena brutto za 1 zabieg | Termin wykonania |
| ELEKTROKOAGULACJA GINEKOLOGICZNA |  |  |

2.1 Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w .........................................................................

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

(dokładny adres placówki).

* 1. Oświadczam, iż placówka, w której wykonywane będą badania czynna jest w dniach .............................. godz. ....................................................................................... i w tym terminie pacjenci będą mogli korzystać z usług objętych umową.
1. Niniejszym, oświadczam, że:
	1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
	2. Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę
	i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;
	3. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
	4. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się
	w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
	5. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
	6. W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729).

7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem udzielane będą przez zespół liczący min. …………………………….. osób.

…................................................. data i podpis

**Załącznik nr 2**

**UMOWA**

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**

Zawarta w dniu .............................................. r. w Sławkowie pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Sławkowie adres: 41-260 Sławków, ul. PCK 3, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

KRS 0000003414 NIP: 6371943704, REGON: 356277562

**reprezentowanym przez :**

Dyrektora SPZOZ: Aleksandrę Mura

przy kontrasygnacie Głównego Księgowego: Beaty Oruba

zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą

a

**………………………………………….**, reprezentowanym przez:

zwanym w dalszej części umowy Zleceniobiorcą

**§1**

Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania świadczenia zdrowotne z zakresu krioterapii/elektrokoagulacji ginekologicznej określone w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

**§2**

1. Zleceniobiorca będzie wykonywał badania, o których mowa w §1 na podstawie imiennego skierowania, wystawionego przez Zleceniodawcę, które jest jednocześnie zamówieniem wykonania usługi.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badania w terminie wskazanym w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
3. Świadczenia określone w §1 będą udzielane w jednostce zlokalizowanej w……………………….w terminie………………………………………..
4. Sposób rejestracji: osobiście lub telefonicznie pod nr ................................. w godz. .........................
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badania i dostarczyć wyniki Zleceniodawcy w terminach określonych w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Zleceniodawca uzna za dochowanie terminu dostarczenie wyników w formie elektronicznej w formacie obsługiwanym przez oprogramowanie Zamawiającego (…………………..), zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.

**§3**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy z najwyższą starannością na poziomie odpowiadającym współczesnej wiedzy medycznej.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za zapewnienie udzielania świadczeń określonych w §1 przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach przewidzianych
w obowiązujących przepisach.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych spełnia wymagania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i spełnia wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne odpowiadają wymogom sanitarnym określonym w stosownych przepisach i odpowiadają wymogom Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest posiadania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń
w zakresie niniejszej umowy. Zleceniobiorca zobowiązuje się do doręczenia Zleceniodawcy kopii stosownej polisy ubezpieczeniowej.
5. Zleceniobiorca oświadcza, że świadczenia wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość, koszt i terminowość udzielanych świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
6. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonywania czynności realizowanych na podstawie niniejszej umowy innej osobie lub innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą.
7. Zleceniobiorca w zakresie wykonywania umowy zobowiązany jest do:

a) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
i wymogami NFZ dotyczącymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

b) prowadzenia rejestru osób, którym udzielono świadczeń w ramach niniejszej umowy;

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i medycznej na zasadach określonych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

**§4**

1. Zleceniobiorca wyraża zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań określonych
w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu świadczeń zawartych w umowie.
2. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Zleceniodawcy w zakresie niezbędnym dla ustalenia prawidłowości wykonywania niniejszej umowy.

**§5**

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie za wykonanie świadczeń zdrowotnych według cen wymienionych w cenniku stanowiącym załącznik
nr 1 do niniejszej umowy. Zleceniodawca będzie uprawniony do wykorzystania w trakcie trwania umowy dowolnej liczby z tych badań, zgodnie z zaistniałym zapotrzebowaniem.
2. Rozliczenie między stronami z tytułu świadczeń określonych niniejszą umową następuje miesięczne, na podstawie wystawionych przez Zleceniobiorcę faktur VAT.
3. Wraz z fakturą Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy rozliczenie finansowe z realizacji umowy za miesiąc poprzedni.
4. Wraz z fakturą Zleceniobiorca zobowiązany jest przekazać Zleceniodawcy kopie opisów wszystkich wykonanych w danym miesiącu zabiegów.
5. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 4 obejmuje zestawienie wykonanych w poprzednim miesiącu świadczeń zdrowotnych z podziałem wg lekarzy kierujących oraz koszt ich wykonania.
6. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty należności w ciągu 21 dni od daty otrzymania faktury VAT na konto Zleceniobiorcy.
7. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do pobierania opłaty za gotowość do świadczenia usług w wysokości ………. za każdy kwartał obowiązywania umowy w którym nie wykonano żadnej usługi. Opłata będzie pobierana na podstawie faktury wystawionej faktury na koniec kwartału w którym nie wykonano żadnej usługi.

**§6**

1. W przypadku nienależytego wykonania lub niewykonania pojedynczego świadczenia wynikającego z niniejszej umowy z przyczyn zawinionych przez Zleceniobiorcę, jak również nieterminowego wykonania pojedynczego świadczenia, Zleceniodawca uprawniony będzie do obciążenia Zleceniobiorcy karą umowną w wysokości stanowiącej równowartość 200% wynagrodzenia brutto za dane wadliwe świadczenie – nie mniej jednak niż 5% wynagrodzenia brutto za świadczenia wykonane w poprzednim miesiącu.
2. Zastrzeżona wyżej kara umowna nie wyłącza uprawnienia do dochodzenia uzupełniającego odszkodowania na zasadach ogólnych.

**§7**

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony, od dnia 01.04.2017 r. do dnia 31.03.2019 r.
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
* z upływem czasu, na który była zawarta, z zastrzeżeniem §8 ust. 1 tiret pierwsze niniejszej umowy;
* z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
* wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia dokonanym na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ustępu następnego.
2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, w przypadku:
* niewykonania przez Zleceniobiorcę świadczeń określonych w załączniku nr 1;
* nienależytego wykonania przez Zleceniobiorcę świadczeń określonych w załączniku nr 1;
1. Zleceniodawcy przysługiwać będzie, niezależnie od postanowień ustępów poprzednich, uprawnienie do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym) w przypadku nieudokumentowania (najpóźniej w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy) zawarcia przez Zleceniobiorcę umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w §3 ust. 4.

**§8**

1. Zleceniodawca przewiduje możliwość zmiany umowy w stosunku do treści oferty na podstawie, której dokonano wyboru Zleceniobiorcy, jeżeli konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub zmiany te są korzystne dla Zleceniodawcy, a także dotyczą:
* wydłużenia terminu wykonania umowy z powodu okoliczności niezależnych od Zleceniobiorcy, w szczególności w przypadku niewykorzystania w okresie obowiązywania umowy maksymalnej liczby świadczeń, określonych w załączniku nr 1;
* zmiany danych Zleceniobiorcy (np. zmiana siedziby, adresu, nazwy);
* działania siły wyższej lub wystąpienia stanu wyższej konieczności;
* wystąpienia warunków atmosferycznych całkowicie uniemożliwiających wykonanie przedmiotu zamówienia w wyznaczonych terminach;
* zmian organizacyjnych Zleceniodawcy powodujących, iż wykonanie zamówienia lub jego części staje się bezprzedmiotowe;
* zmian w zakresie sposobu wykonywania zadań lub zasad funkcjonowania Zleceniodawcy powodujących iż wykonanie zamówienia lub jego części staje się bezprzedmiotowe lub zaistniała konieczność modyfikacji przedmiotu zamówienia;
* omyłek pisarskich lub błędów rachunkowych;
* mających na celu wyjaśnienie wątpliwości treści umowy, jeśli będzie ona budziła wątpliwości interpretacyjne między stronami;
* jeżeli zmiany umowy, w tym zmiany sposobu płatności, wymagać będzie ochrona interesu Zleceniodawcy;
* innych zmian korzystnych dla Zleceniodawcy, w tym polegających na zamianie elementów zamówienia na elementy o lepszych lub/i odpowiedniejszych parametrach technicznych chociażby wiązało się to z koniecznością zmiany terminu lub sposobu wykonania zamówienia.
1. Każda zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§9**

Wszelkie ewentualne spory związane z niniejszą umową strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

**§10**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

**§11**

Umowę niniejszą sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zleceniodawca Zleceniobiorca

Załącznik nr 1

Cennik