

Hrubieszów, dnia 04.12..2018r.

**Zamawiaj cy:**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie**  
**ul. Piłsudskiego 11**  
**22-500 Hrubieszów**  
**NIP 9191517717**

**ZAPROSZENIE DO ZŁO ENIA OFERTY**

**Okre lenie przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia: świadczenie usług transportu sanitarnego w zakresie:

**I. transport chorych wymagaj cych konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym zakładzie opieki zdrowotnej pojazdami Wykonawcy**

Warunki stawiane Wykonawcy:

rodzaj transportu : transport z Ratownikiem Medycznym/ sanitariuszem

Wykonawca musi dysponowa co najmniej 2 rodkami transportu, Zamawiaj cy wymaga aby ambulanse spełniały normy PN-EN 1789 przewidzianej dla kategorii A1,A2

Wykonawca zapewnia obsad pojazdów, przez osoby posiadaj ce uprawnienia i kwalifikacje do pełnienia powierzonych im obowi zków

- a) transport pacjentów odbywa si b dzie zgodnie ze zleceniem transportowym i obejmuje zgłoszenie i zaprowadzenie pacjenta do wła ciwej jednostki organizacyjnej szpitala wykonuj cej zlecone pacjentowi badanie diagnostyczne lub konsultacj .
- b) Wykonawca zapewnia pacjentowi opiek medyczn podczas transportu oraz podczas oczekiwania na konsultacj lub badanie.
- c) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ma prawo do przeprowadzenia kontroli Wykonawcy na zasadach okre lonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych w zakresie wynikaj cym z umowy.
- d) Wykonawca zobowi zuje si do podj cia realizacji transportu bezpo rednio po zgłoszeniu telefonicznym, nie pó niej ni w ci gu 20 min.
- e) Wykonawca zobowi zuje si do wykonania zdania najkrótsz tras .
- f) Wykonawca zobowi zuje si do zachowania poufno ci danych osobowych pacjentów w tym do dokumentacji medycznej.

**II. świadczenie usług transportu krwi oraz materiałów do bada z siedziby Zamawiaj cego do wskazanych placówek pojazdami Wykonawcy.**

**Usługa transportu krwi i jej składników musi odbywać się zgodnie z §20 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwi w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 2051) oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 09 czerwca 2017r (Dz. U. z 2017 poz. 63) jak również zasad i warunków transportu krwi, SOP Nr 28.**

**Warunki stawiane Wykonawcy:**

- a) realizacja usługi może być wykonywana wyłącznie przez osoby posiadające wymagane uprawnienia, przy użyciu w pełni sprawnych środków transportu,
- b) w przypadku transportów w trybie zgłoszenia „Na Ratunek” realizacja usługi przez osoby posiadające wymagane uprawnienia, przy użyciu w pełni sprawnych środków transportu, odpowiadających wymogom przewidzianym dla transportu specjalistycznego dopuszczonego do użytku zgodnie z obowiązującymi wymaganiami prawa i spełniającymi warunki dla pojazdów uprzywilejowanych, wyposażonych w niezbędne sygnalizacje świetlne i dźwiękowe
- c) Realizacja usługi przy użyciu pojemników do transportu krwi i preparatów krwiopochodnych będzie własnością Zamawiającego z udokumentowanymi w postaci protokołów ich aktualną walidacją zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- d) Zapewnienie 24 godzinnej dyspozycyjności tak w obsłudze jak i przyjmowaniu zleceń telefonicznych oraz realizacji transportów.
- e) Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia realizacji transportu w trybie zwykłym bezpośrednio po zgłoszeniu telefonicznym, nie później niż w ciągu 15 min.
- f) W przypadku transportów w trybie „Na ratunek” zapewnienie realizacji transportów nagłych wymagających natychmiastowej realizacji, których Zamawiający nie jest w stanie przewidzieć i zaplanować, Wykonawca zobowiązuje się do niezwłocznego podjęcia zadania, bezpośrednio po zgłoszeniu telefonicznym i niezwłocznego zakończenia realizacji zadania.
- g) Realizacja rozlicznych transportów będzie odbywać się na podstawie zleceń transportowych otrzymanych od Zamawiającego w chwili podjęcia przez Wykonawcę transportu, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego.
- h) Wykonawca zobowiązuje się do zachowania poufności danych osobowych pacjentów w tym do dokumentacji medycznej.
- i) Wykonawca zobowiązuje się do wykonania zdania najkrótszą trasą.

### **III. Wynagrodzenie wykonawcy**

**Wynagrodzenie Wykonawcy liczone będzie za 1km przejazdu, które będzie obejmowało wszystkie koszty związane z kompleksowym wykonaniem usługi.**

**Cena jest niezmienna i obowiązuje przez cały okres obowiązywania umowy.**

**Koszt dojazdu do siedziby Zamawiającego wykonawca musi wliczyć w koszt 1km podanego w ofercie cenowej.**

### **Miejsce i termin składania ofert**

Oferty należy składać w sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów.

Termin składania ofert upływa **dnia 13.12.2018 r. o godz. 11:00**. Za termin złożenia oferty uważa się termin jej wpływu do Zamawiającego.

Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy bez otwierania.

Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

### **Otwarcie ofert**

Oferty zostaną otwarte w dniu 13.12.2018r. o godz. 11:30, w Sali Konferencyjnej w budynku Szpitala (parter obok Sekretariatu).

Otwarcie ofert jest jawne.

Podczas otwarcia ofert podane zostaną następujące informacje: nazwa firmy, adres, cena oferty,

### **Warunki zamówienia i termin realizacji:**

- 1) Oferta musi zawierać ostateczne ceny obejmujące wszystkie koszty związane z usługami.
- 2) Wykonawca jest zobowiązany do pełnej współpracy z Zamawiającym w trakcie trwania umowy w zakresie wprowadzania ewentualnych uwag i poprawek zgłaszanych przez Zamawiającego.
- 3) Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwrócenia się o dodatkowe wyjaśnienia.
- 4) Wymagane złożenie ofert 30 dni.
- 5) Termin wykonania przedmiotu zamówienia -12 miesięcy od daty podpisania umowy.
- 6) Zamawiający zastrzega sobie prawo przed podpisaniem umowy do sprawdzenia środków transportu i ich wyposażenia.
- 7) Zamawiający informuje i nie przewiduje składania ofert częściowych.
- 8) Zamawiający zastrzega sobie prawo udziału w transporcie pielęgniarki i lub lekarza ze strony Zamawiającego.
- 9) Wykonawca będzie ponosił przez cały okres obowiązywania umowy wszystkie koszty niezbędne do utrzymania samochodów, w stanie przydatnym do użytku, w tym w szczególności koszty paliwa, badań technicznych, serwisu, niezbędnych napraw, ubezpieczenia OC, NW, szkolenia kierowców itp. Wykonawca zobowiązany jest do posiadania przez cały okres realizacji usług objętych umowami, oprócz obowiązkowego ubezpieczenia OC pojazdu, ubezpieczenia NW kierowcy i pasażerów.
- 10) Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości czynności na poziomie Zamawiającego –Wykonawca.

### **Opis kryterium oceny ofert:**

O wyborze wykonawcy decyduje przede wszystkim kryterium cena rozumiana jako najniższa stawka za 1 km- 100%.

Liczba punktów w ramach kryterium Cena zostanie wyliczona zgodnie ze wzorem

$$C = C_n / C_{ob} \times 100$$

C- liczba punktów

Cn –cena najniższa

Cob – Cena oferty badanej

100 stały wskaźnik

### **Opis sposobu przygotowania oferty :**

- 1) Każdego Wykonawcę może złożyć tylko jedna oferta obejmująca realizację przedmiotu zamówienia.
- 2) Oferta należy sporządzić według formularza oferty (*Załącznik Nr 1 do Zaproszenia*)

### **Opis sposobu porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami**

Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z pisemnym prośbą o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego. Zamawiający odpowie na zadane pytanie, zamieszczając na stronie internetowej [szpitala](#) treść pytania i odpowiedzi nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, (nie ujawniając przy tym źródła) pod warunkiem, że wnioski o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego wpłynęły do zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert..

Zamawiający oczekuje przekazywanie wniosków, zawiadomień oraz informacji za pomocą poczty elektronicznej w wersji edytowalnej: **e: mail: [zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl](mailto:zamowienia.publiczne@spzozhrubieszow.pl)** Każda ze stron zobowiązana jest na **danie drugiej niezwłocznie potwierdzi fakt ich otrzymania.**

Dodatkowe informacje i wyjaśnienia dotyczące zamówienia można otrzymać pisemnie od poniedziałku do piątku w godz. 9:00 – 14:00. Osobami uprawnionymi do kontaktowania się z Wykonawcami są :

W sprawach związanych z transportem P. Marcin Wiśniewski - tel/fax 84 53 53 284,

W sprawach merytorycznych P. Beata Krzyewska tel 84 5353207

Zamawiający oświadcza, iż nie zamierza zwoływać zebrania Wykonawców.

### **Załączniki do oferty:**

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty: formularz oferty, wypełniony **Opis przedmiotu zamówienia- formularz asortymentowo –cenowy**, podpisane oświadczenie wykonawcy, kserokopie polisy ubezpieczeniowej OC w ramach prowadzonej działalności, potwierdzonej za zgodność z oryginałem, wraz z dowodem jej opłacenia, kserokopie certyfikatu normy PN-EN 1789 wymienionych w tabeli samochodów lub inny dokument równoważny obowiązujący w dniu zakupu samochodu.

## Załącznik do oferty

### Opis przedmiotu zamówienia- formularz asortymentowo -cenowy

Szacunkowe zapotrzebowanie na świadczenie usług transportu sanitarnego w okresie 12 mcy.

Lp.	Dokład	Ilość wyjazdów	Cena za 1 km Max 1,80 zł brutto (podać jedną stawkę przyjął dla 1 km.)	Transport pacjent / krew	Zryczałtowana ilość km w obie strony, przyjęta przez Zamawiającego, służyć jako przeliczniki przy wystawieniu oferty przez Wykonawcę.	Wartość
2	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie  20-078 Lublin ul. ołnierzy Niepodległej 8	11		krew	250 km	
3	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa o. Terenowy w Zamociu  22-400 Zamociu Aleje J.Pawła II 10	41		krew	100 km	
4	Zamojski Szpital Niepubliczny  Sp. z o.o.  22-400 Zamociu  Ul.Peowiaków 1	50		pacjent	100 km	
5	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki	8		pacjent	130 km	

Zdrowotnej						
22-300						
Krasnystaw						
Ul. Marka						
Sobieskiego 4						
Ł czna warto						

**Zamawiający, informuje i w przypadku wyjazdów łączonych krew i pacjent, Wykonawca będzie zobligowany do rozliczenia wyjazdu jako jednego zlecenia, bez możliwości jego zdublowania.**

Załącznik do faktury powinien być sporządzony wg wzoru i dostarczony w wersji papierowej wraz z fakturą oraz przesłany na adres e-mail wskazany przez Zamawiającego.

Lp.	Data realizacji	Oddział Zlecający	Imię i nazwisko pacjenta	Miejsce transportu docelowego	Rodzaj transportu	Cena

.....

Podpis zleceniobiorcy

**Załącznik do oferty.**

Zamawiający:  
Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Hrubieszowie  
22-500 Hrubieszów, ul. Piłsudskiego 11

Wykonawca.....  
.....  
.....

(pełna nazwa firmy w zależności od podmiotu NIP, PESEL, KRS /CEIDG adres)

e.mail do korespondencji.....

nr telefonu kontaktowego.....

**O WIADCZENIE WYKONAWCY**

1. Składajcie oferty w postępowaniu ofertowym na:

**transport chorych wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym zakładzie opieki zdrowotnej, oraz świadczenie usług transportu krwi oraz materiałów do badań z siedziby Zamawiającego do wskazanych placówek,**

**1.** Oświadczam, że dysponuję wymienionymi rodzajami transportu, spełniam wymagania określone w zapytaniu ofertowym, posiadam aktualne badania techniczne, oraz aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności.

**Wykaz pojazdów spełniających wymagania określone w zapytaniu ofertowym którymi dysponuje wykonawca i które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia**

Lp.	Marka i typ pojazdu	Przeznaczenie rodzaj transportu	Nr rejestracyjny	Rok produkcji	Oświadczenie o spełnieniu wymagań danego typu A1,A2	Podstawa dysponowania pojazdami.
1						
2						

**Wykaz osób spełniających wymagania określone w zapytaniu ofertowym którymi dysponuje wykonawca i które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Oświadczam, że dysponuję osobami zdolnymi do realizacji zamówienia posiadającymi wymagane uprawnienia.

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja /zawód	Nr prawa wykonywania zawodu lub / nr dyplomu/ lub uprawnienie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
1		Kierowca	
2		Kierowca	
3		Sanitariusz	
4		Rat. med.	

2.Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i uznaję się za wiążącego określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.

3.Oświadczam, że spełniam wymagania określone przez Zamawiającego.

4.Zobowiązuję się do wykonania zamówienia **w terminie 12 miesięcy od daty podpisania umowy.**

5.Zamówienie wykonam całkowicie samodzielnie/ przy udziale niektórych wymienionych podwykonawców\*:

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

6. Oświadczam, że zapoznałem się z postanowieniami umowy, określonymi w Zapytaniu ofertowym i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia Umowy zgodnej z niniejszym wzorem, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7.Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą, zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....  
*Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Zleceniobiorcy*

.....  
*Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Zleceniobiorcy\*\**



\* niepotrzebne skreśli  
\*\* jeżeli wymagana jest reprezentacja liczna

## Wzór umowy

Umowa nr/2018

zawarta w dniu ..2018 r. w Hrubieszowie pomi dzy Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, z siedzib przy ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, wpisanym do Krajowego Rejestru S dowego przez S d Rejonowy Lublin Wschód w Lublinie z siedzib w widniku, VI Wydział Gospodarczy, pod numerem 00000622013 posiadaj cym numer Identyfikacji podatkowej NIP 919 15 17 717, REGON 000308376 reprezentowanym przez:

Artura Machet -Dyrektora  
Ann Pietrzyk - Głównego Ksi gowego

zwanym w dalszej cz ci Umowy Zleceniodawc

a

.....

Niniejsza umowa zostaje zawarta w wyniku dokonania przez Zleceniodawc wyboru oferty Zleceniobiorcy stosownie do regulacji zawartych w Zarz dzeniu 5/2015 z dnia 2.05.2015r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie. Oferta z dnia .....2018r

### §1

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania zlecenia polegaj ce na wiadczeniu usług w zakresie:
  - 1) przewozu chorych wymagaj cych konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym
  - 2) transportu krwi i jej składników oraz materiałów do bada w trybie zwykłym oraz w trybie na ratunek.
2. Usługi o których mowa w ust.1 Zleceniobiorca realizowa b dzie w zale no ci od potrzeb Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca o wiadcza, e posiada uprawnienia do wykonywania usług obj tych niniejsz umow i przyjmuje na siebie pełn odpowiedzialno za zapewnienie wiadczonych usług przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych po wiadczonych stosownymi dokumentami. Zleceniobiorca posiada sprawnie techniczny oraz nale ycie oznakowany tabor samochodowy, dostosowany do wiadczenia usług transportu sanitarnego pacjentów i krwi i jej składników, zgodny z przepisami prawa w tym zakresie.

### §2

1. Zleceniobiorca zobowi zuje si do:

- a) pozostawania w dyspozycyjnoci do wiadczonych usług transportu całodobowo przez wszystkie dni tygodnia,(krew)
- b) realizacji zleconego transportu najkrótsz tras ,
- c) rozpocz cia realizacji usługi transportowej zgodnie ze zleceniem zgłoszonym telefonicznie w czasie nie dłu szym ni 20 min, w przypadku zgłoszenia transportu krwi w trybie „na ratunek”- niezwłocznie

### §3

- 1 Zleceniodawca zleca b dzie Zleceniobiorcy wykonywanie usług transportowych telefonicznie na nr .....
- 2 Strony ustalaj , e data i godzina rozpocz cia wykonywania usługi transportowej oraz jej rodzaj ustalane b d indywidualnie przy zleceniu usługi i odnotowane w pisemnych zleceniach.
- 3 Zgłoszenie telefoniczne potwierdzone zostanie pisemnym „zleceniem na transport sanitarny” dor czonym pracownikowi Zleceniobiorcy przed rozpocz cciem realizacji transportu zgodnie ze wzorem stanowi cym zał cznik do umowy.
- 4 Zlecenie na transport chorego winno by wypełnione czytelnie i zawiera co najmniej : imi i nazwisko pacjenta PESEL, nazw oddziału Zleceniodawcy, miejsce zleconego transportu, rodzaj transportu, podpis i piecz tk lekarza.
- 5 Zlecenie, o którym mowa powy ej stanowi dokument potwierdzaj cy wykonanie przez Zleceniobiorc usługi transportowej.
- 6 Zleceniobiorca zobowi zuje si do zachowania w tajemnicy danych osobowych pacjenta i dokumentacji medycznej.

### §4

1. Zleceniobiorca wystawi Zleceniodawcy, w oparciu o zlecenia o których mowa w §3 ust.3 niniejszej umowy, miesi czne zbiorcze zestawienie potwierdzaj ce wykonanie usług transportowych stanowi ce zał cznik do faktury wg wzoru okre lonego w zapytaniu ofertowym.
2. Zał cznik o którym mowa powy ej Zleceniobiorca dostarczy Zleceniodawcy w formie pisemnej (papierowej)wraz z faktur oraz w wersji elektronicznej na adres e.mail.....

### §5

1. Za realizacj usług transportowych Zleceniodawca zobowi zuje si zapłaci w terminie..... od otrzymania f-ry Zleceniobiorcy, na konto wskazane na fakturze.
2. Zapłata ustalona zostanie na podstawie kalkulacji wynikaj cej z zbiorczego zestawienia miesi cznego w powi zaniu z cen za 1km,oraz zryczałtowan ilo km podan w formularzu asortymentowo cenowym .
3. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy za realizacj cało ci zamówienia w ł cznej kwocie brutto.....pln
4. Zleceniobiorca daje gwarancj niezmiennoci ceny.
5. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do zmian ilo ci transportu

## §6

1. Zapłata za wykonane usługi będzie następować w okresach miesięcznych na podstawie wystawionej faktury oraz załącznika o którym mowa w §4 umowy. Faktura powinna zostać dostarczona Zleceniodawcy do siódmego dnia miesiąca następującego po miesiącu którego, faktura dotyczy.
2. W przypadku przedstawienia nieczytelnego lub niezgodnego ze stanem faktycznym załącznika o którym mowa w §4, lub faktury Zleceniodawca zastrzega sobie prawo odmówienia ich przyjęcia.
3. Zapłata nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie... dni od daty przyjęcia faktury wraz z załącznikiem.

## §7

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ma prawo do przeprowadzenia kontroli Zleceniobiorcy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## §8

1. Zleceniodawca naliczy Zleceniobiorcy kary umowne za opóźnienie w realizacji transportu tj. niezgodnego z czasem wskazanym w § 2 lit.c. W wysokości 10 % wartości tego transportu za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia. Zleceniobiorca zezwala Zleceniodawcy na potrącanie kar umownych z należności wynikających z faktury.
2. Zleceniodawca naliczy Zleceniobiorcy karę umowną w wysokości 10% ceny jednego transportu w przypadku nie poinformowania o ewentualnych zmianach związanych z realizacją przedmiotu umowy, mających bezpośredni wpływ na należyte lub nieterminowe wykonanie transportu.
3. W przypadku odmowy wykonania transportu Zleceniodawca zastrzega sobie prawo zlecenia usługi innemu podmiotowi na koszt Zleceniobiorcy.
4. Zapłata kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przewidywanego w tym zakresie w wysokości kary na zasadach ogólnych.
5. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do odstąpienia od umowy w przypadku 3-krotnego wadliwego lub sprzecznego z umową jej wykonywania.

## §9

1. Zleceniobiorca ponosi wobec Zleceniodawcy pełną odpowiedzialność za działania, uchybienia i zaniedbania podwykonawców, w takim samym stopniu jakby to były działania Zleceniobiorcy.
2. Zleceniobiorca przedstawi Zleceniodawcy zawarte umowy z podwykonawcami w których uregulowane będą wzajemne zobowiązania, a w szczególności zakres usług powierzonych podwykonawcy.

## **§10**

W sprawach nieuregulowanych niniejsz umow zastosowanie mają przepisy ustawy kodeks cywilny.

## **§11**

1. Umowa obowi zuje od dnia.....2018 do dnia .....2019 r.
2. Rozwi zanie wcze niejsze umowy mo e nast pi w trybie niezwłocznym w przypadku ra cego naruszenia któregokolwiek z jej postanowie

## **§ 12**

Zleceniobiorca nie mo e przenie wierzytelno ci powstałych w zwi zku z realizacj niniejszej umowy na osoby trzecie bez zgody Zleceniodawcy.

## **§13**

Umow sporz dzono w dwóch jednobrzmi cych egzemplarzach po jednym dla ka dej ze stron.