# 

# Załącznik Nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 1 – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne  ul. Juraszów 7-19  60-479 Poznań  Tel: 61 8 212 200 | | | Data | | | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | Załącznik nr 1 | | | |
| Lp | ADRESAT  (Imię i nazwisko  lub nazwa) | Miejsce przeznaczenia  (ulica, nr domu  i mieszkania oraz  placówka pocztowa) | Jednostka  Szpitala | Masa | | | Nr  nadawczy | | Uwagi | Opłata | | |
| kg | | g | zł | gr | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 6 | | 7 | 8 | | |
| Z przeniesienia | | |  |  |  | |  | | Z przeniesienia |  | |  |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 6 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 7 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 8 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 9 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 10 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |

# Załącznik Nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 2 - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku  ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko  64-600 Oborniki  Tel: 61 2973-400 | | | Data | | | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | Załącznik nr 2 | | | |
| Lp | ADRESAT  (Imię i nazwisko  lub nazwa) | Miejsce przeznaczenia  (ulica, nr domu  i mieszkania oraz  placówka pocztowa) | Jednostka  Szpitala | Masa | | | Nr  nadawczy | | Uwagi | Opłata | | |
| kg | | g | zł | gr | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 6 | | 7 | 8 | | |
| Z przeniesienia | | |  |  |  | |  | | Z przeniesienia |  | |  |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 6 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 7 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 8 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 9 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 10 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |

Załącznik nr 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 1 – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne ul. Juraszów 7-19 60-479 Poznań Tel: 61 8 212 200 | | | **PACZKI** | Data | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | | Załącznik nr 3 | | | |
| Lp | ADRESAT  (Imię i nazwisko  lub nazwa) | Miejsce przeznaczenia  (ulica, nr domu  i mieszkania oraz  placówka pocztowa) | | Oddział | Masa | | Nr  nadawczy | Uwagi | Opłata | | Kwota  pobrania | |
| kg | g | zł | gr | zł | gr |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | | 9 | |
| Z przeniesienia | | | |  | Z przeniesienia | | | |  |  |  |  |
| 1 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  | | | |  |  |  | |

Załącznik nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 2 - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko 64-600 Oborniki Tel: 61 2973-400 | | | **PACZKI** | Data | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | | Załącznik nr 3 | | | |
| Lp | ADRESAT  (Imię i nazwisko  lub nazwa) | Miejsce przeznaczenia  (ulica, nr domu  i mieszkania oraz  placówka pocztowa) | | Oddział | Masa | | Nr  nadawczy | Uwagi | Opłata | | Kwota  pobrania | |
| kg | g | zł | gr | zł | gr |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | | 9 | |
| Z przeniesienia | | | |  | Z przeniesienia | | | |  |  |  |  |
| 1 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  | | | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik nr 5 | | | | |
| ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XX.XX.XXXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | | ***Data*** | | |
| ***Gab. A*** | | |
| ***Status*** | ***Waga*** | ***Szt*** | ***Wartość*** | ***Razem*** |
| ***Ekonomiczne*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Priorytetowe*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Szpital Wojewódzki w Poznaniu  Filia nr 1 – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne ul. Juraszów 7-19 60-479 Poznań*** | | ***Gab. B*** | |  |
| ***Ekonomiczne*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Priorytetowe*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Razem*** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik nr 6 | | | | |
| ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XX.XX.XXXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** | | ***Data*** | | |
| ***Gab. A*** | | |
| ***Status*** | ***Waga*** | ***Szt*** | ***Wartość*** | ***Razem*** |
| ***Ekonomiczne*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Priorytetowe*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 2 - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku, ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko***  ***64-600 Oborniki*** | | ***Gab. B*** | |  |
| ***Ekonomiczne*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Priorytetowe*** | ***do 350*** |  |  |  |
| ***do 1000*** |  |  |  |
| ***do 2000*** |  |  |  |
| ***Razem*** | |  |  |  |

Załącznik nr 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 1 – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne*  *Ul. Juraszów 7-19 60-479 Poznań* | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | | Adres Odbiorcy |

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 2 - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku*  *ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko*  *64-600 Oborniki* | | | ***OPŁATA POBRANA***  ***TAXE PERÇUE-POLOGNE***  ***umowa nr XXXXX***  ***z Pocztą Polską S.A. z dnia XXX.XXX.XXX r.***  ***Nadano w UP Poznań 29*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | | Adres Odbiorcy |

*Załącznik nr 9*

**Wykaz operacyjny**

1. **Zestawienie jednostek NADAWCY oraz odpowiadających im placówek nadawczych POCZTY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna Zamawiającego** | | | | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna Wykonawcy** | | | | **Odbiór dni** | **Odbiór godzina** |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Usługa** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne | 60-479 | Poznań | Juraszów 7-19 | Usługi powszechne | UP 29 | 60-470 | Poznań | Strzeszyńska 63 | x | x |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna Zamawiającego** | | | | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna Wykonawcy** | | | | **Odbiór dni** | **Odbiór godzina** |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Usługa** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne Szpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny w Kowanówku | 64-600 | Oborniki | Kowanówko  ul. Sanatoryjna 34 | Usługi powszechne | UP Oborniki k. Poznania 1 | 64-600 | Oborniki | Marszałka Józefa Piłsudskiego 30 | Pn, śr, pt | 12.00-14.00 |

1. **Zestawienie placówek POCZTY wydających przesyłki awizowane/doręczających zwroty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna Zamawiającego** | | | | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna Wykonawcy** | | | | **Odbiór dni** | **Odbiór godzina** |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne | 60-479 | Poznań | Juraszów 7-19 | Usługi powszechne | UP 29 | 60-470 | Poznań | Strzeszyńska 63 | x | x |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna Zamawiającego** | | | | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna Wykonawcy** | | | | **Odbiór dni** | **Odbiór godzina** |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne Szpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny w Kowanówku | 64-600 | Oborniki | Kowanówko  ul. Sanatoryjna 34 | Usługi powszechne | UP Oborniki k. Poznania 1 | 64-600 | Oborniki | Marszałka Józefa Piłsudskiego 30 | x | x |

Załącznik nr 10

Wzór Upoważnienia do obioru przesyłek w ramach realizacji usługi POCZTA FIRMOWA

………………………………………………………

Pieczątka jednostki organizacyjnej wystawiającej upoważnienie

U p o w a ż n i e n i e

do odbioru przesyłek w ramach realizacji usługi

POCZTA FIRMOWA

Upoważnienie nr …………….……………. wydane dnia ……………………………..……..

Imię i nazwisko ………………………………………

upoważniony jest do odbioru przesyłek w ramach realizacji usługi POCZTA FIRMOWA.

Upoważnienie jest ważne, wraz z dokumentem tożsamości ……..…………....…… seria i numer ………………….…,

od dnia ……….….. do dnia ……….……..

…....…………..……………………………………

Pieczątka i podpis wystawiającego upoważnienie

Załącznik 11

Roczne zestawienie ilościowo – wartościowe – FILIA 2

Dane za rok za rok 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zestawienie ilościowe | | | | | | | | | |
| Polecone | | Zwykłe | | Zwroty | | Paczki | | Razem | |
| Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata |
| 557 | 1,114 | 1478 | 2,956 | 4 | 8 | 4 | 8 | 2,043 | 4,086 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zestawienie wartościowe | | | | | | | | | |
| Polecone | | Zwykłe | | Zwroty | | Paczki | | Razem | |
| Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata |
| 4882,9 | 9765,8 | 5764,2 | 11528,4 | 22,80 | 45,60 | 120,00 | 240,00 | 10,789,90 | 21579,80 |

Załącznik 12

Roczne zestawienie ilościowo – wartościowe – FILIA 1

Dane za rok za rok 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zestawienie ilościowe | | | | | | | | | |
| Polecone | | Zwykłe | | Zwroty | | Paczki | | Razem | |
| Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata | Ilość  2019 | Ilość  na 2 lata |
| 8.279 | 16.558 | 4367 | 8.734 | 290 | 580 | 15 | 30 | 12.951 | 25.902 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zestawienie wartościowe | | | | | | | | | |
| Polecone | | Zwykłe | | Zwroty | | Paczki | | Razem | |
| Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata | Wartość  2019 | Wartość  na 2 lata |
| 54.137,60 | 108 275,2 | 13.939,50 | 27 879 | 1.676,60 | 3 353,20 | 149,00 | 298 | 69.902,70 | 139 805,4 |