

## FORMULARZ OFERTY

Na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych poniżej 14 000 euro (Na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - tj. Dz.U. z 2013r., poz. 217 z późn. zm., Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14 000 euro – stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 169/2012 z dnia 27.11.2012 Dyrektora WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju)

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju  
Al. Jana Pawła II 7  
44-330 Jastrzębie-Zdrój**

**REGON: 272790824**

**NIP: 633-10-45-778**

**KRS 0000048508**

**Wpis do Księgi rejestrowej 00000013057**

### NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. badań neuropatologicznych: badania histopatologiczne i immunohistochemiczne,
2. Badania rezonansu magnetycznego: traktografia, spektro-MRI, MRI czynnościowe dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

### TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2014 r.

### WARUNKI PŁATNOŚCI

Należność płatna będzie w terminie ..... \*dni od dnia doręczenia faktury do siedziby Udzielającego Zamówienie. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.

### WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. Do konkursu ofert może przystąpić Oferent, który spełnia wymogi określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
2. Do konkursu nie może przystąpić Oferent, wobec którego zachodzi przeszkoda z art. 132 ust 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
3. Oferent w zakresie badań neuropatologicznych winien posiadać Certyfikat Jakości wykonywanych badań histopatologicznych oraz Akredytację Polskiego Towarzystwa Patologicznego. Kserokopie dokumentów powinny być dołączone do oferty.
4. Materiał do badań neuropatologicznych będzie odbierany przez Oferenta na jego koszt z wyznaczonego pomieszczenia Udzielającego Zamówienie.
5. Badania rezonansu magnetycznego wykonywane będą w siedzibie Oferenta. Koszt transportu na badania ponosi Udzielający Zamówienie.

6. Wyniki badań powinny być dostarczone do siedziby Udzielającego Zamówienie na koszt Oferenta, w formie pisemnej, mailem lub faxem:
  - do 3 tyg. dni od dnia odebrania materiału na badania neuropatologiczne
  - do 7 dni od dnia wykonania badania rezonansu magnetycznego
7. Oferent powinien zapewnić ciągłość odbierania materiału neuropatologicznego i wykonywania badań.
8. Do Oferenta należy utylizacja pobranego i przebadanego materiału.
9. Oferent zapewni bezpieczeństwo pobranego materiału oraz bezpieczeństwo przetwarzanych danych.
10. Oferent ponosi pełną odpowiedzialność za zapewnienie wykonywania badań przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach przewidzianych w obowiązujących przepisach.
11. Oferent, który będzie realizował świadczenia będące przedmiotem konkursu, zobowiązany jest do posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych, czyli świadczenia będące przedmiotem postępowania konkursowego mają być udzielane przez uprawnione osoby wykonujące zawody medyczne, określone w odrębnych przepisach.
12. Oferent posiada uprawnienia do wykonywania zamówienia, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień..
13. Oferent zobowiązany będzie do bieżącego, rzetelnego i kompletnego gromadzenia danych statystycznych niezbędnych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych Udzielającego Zamówienie z NFZ.
14. Oferent zobowiązany będzie do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
15. Badania diagnostyczne Oferent zobowiązany jest udzielać w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, określonym odrębnymi przepisami, zgodnie z wymogami określonymi dla pracowni diagnostycznych.
16. Badania diagnostyczne Oferent zobowiązany jest udzielać z użyciem sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z wymogami określonymi dla pracowni diagnostycznych, posiadać odpowiednie certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, ich aktualnymi przeglądami wykonanymi przez uprawnione serwisy.
17. Oferent, z którym zostanie zawarta umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do uzupełnienia Portalu Potencjału – umowy podwykonawstwa udostępnionego przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach.
18. Oferent udokumentuje wykonanie, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanie usług w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert co najmniej 3 umów według Załącznika nr 3 do Formularza Oferty. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane lub są wykonane należycie.

#### **FORMA ZŁOŻENIA OFERTY:**

Ofertę na **Formularzu oferty** należy złożyć w terminie do dnia **16 stycznia 2014 r. do godz. 12:00**,

- pisemnie, na adres Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój, I p, Sekretariat (koperta zaklejona, opisana: Procedura na udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych poniżej 14 000 euro EAP/43/432-1/2014- nie otwierać przed 16 stycznia 2013 r. lub

- faksem z podpisem Oferenta (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) na numer 32 47 84 547 i potwierdzone pisemnie lub
- w wersji elektronicznej z podpisem Oferenta (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) e-mail: [aczajkowska@wss2.pl](mailto:aczajkowska@wss2.pl) i potwierdzone pisemnie.

Nazwa i adres OFERENTA:

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

NIP ..... Regon .....  
 KRS ..... Nr księgi rejestrowej .....  
 Tel. .... Fax. .... Mail:.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego .....

Określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych:  
 Miejsce.....

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

Dni i godziny odbioru materiału do badań lub wykonania badania .....

Sposób rejestracji, numer telefonu .....

Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny: .....

Osoba do kontaktu (nazwisko i imię, stanowisko, nr tel.) .....

Średni czas oczekiwania na wynik wykonanego badania w trybie planowym .....

Średni czas oczekiwania na wynik wykonanego badania w trybie na „cito” .....

Minimalną liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych .....

**Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych:**

| Imię i Nazwisko | PESEL | Specjalizacja | Nr prawa wykonywania zawodu | Telefon kontaktowy |
|-----------------|-------|---------------|-----------------------------|--------------------|
|                 |       |               |                             |                    |
|                 |       |               |                             |                    |

\* Zamawiający wymaga aby Wykonawca wpisał preferowany przez siebie termin płatności spośród następujących opcji: 30 dni lub 60 dni lub 90 dni.

Osobami wyznaczonymi do kontaktu w sprawach:

a) merytorycznych są:

- ze strony Udzielającego Zamówienie dr n.med. Tomasz Wysokiński tel. 32 4784470
- ze strony Przyjmującego Zamówienie

.....

b) formalno- prawnych:

- ze strony Udzielającego Zamówienie: Kierownik Działu ds. umów, rozliczeń i analiz ekonomicznych mgr Aleksandra Czajkowska tel.32 4784560
- ze strony Przyjmującego Zamówienie:

.....

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wzoru umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

#### **ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik nr 1 – Formularz asortymentowo-cenowy.

Załącznik nr 2- Wykaz wykonanych usług w okresie ostatnich 5 lat

Załącznik nr 3 – Wzór umowy

oraz załączniki, stanowiące integralną część oferty:

1. Kopię KRS lub kopię Wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
2. Polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Sposobu i terminu przekazywania wyników badań w trybie rutynowym i w trybie cito z zachowaniem poufności danych pacjenta.
4. Opis procedury dotyczącej przechowywania i transportu materiału badanego, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
5. Kserokopie Certyfikatu Jakości wykonywanych badań histopatologicznych oraz Akredytację Polskiego Towarzystwa Patologicznego
6. ....

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
Podpis osoby uprawnionej

.....  
Pieczęć Oferenta

## **UNIEWAŻNIENIE PROCEDURY**

1. Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo unieważnienia przedmiotowej procedury, zarówno w całości, jak i w części bez podania przyczyny na każdym etapie postępowania na udzielenia zamówienia.
2. Oferentowi nie przysługuje żadne roszczenie względem Udzielającego Zamówienie z tytułu unieważnienia przedmiotowej procedury.

**Formularz asortymentowo-cenowy**

| LP   | <b>Badania neuropatologiczne</b> | Ilość badań w terminie realizacji umowy | Cena jednostkowa netto (PLN) | Wartość netto (PLN) | VAT (%) | Wartość brutto (PLN) |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|---------|----------------------|
| 1.   | Badanie histopatologiczne        | 500                                     |                              |                     |         |                      |
| 3.   | Badanie immunohistochemiczne     | 450                                     |                              |                     |         |                      |
| <b>Odbiór materiału przez Oferenta na własny koszt</b>                       |                                  |   |                              |                     |         |                      |
| <b>Nie dopuszcza się składania ofert na poszczególne pozycje w Pakiecie.</b> |                                  |   |                              |                     |         |                      |

### Formularz asortymentowo-cenowy

| LP | <b>Badania rezonansu magnetycznego</b>      | Ilość badań w terminie realizacji umowy | Cena jednostkowa netto (PLN) | Wartość netto (PLN) | VAT (%) | Wartość brutto (PLN) |
|----|---|---|------------------------------|---------------------|---------|----------------------|
| 1. | Traktografia, spektro-MRI, MRI czynnościowe | 15                                      |                              |                     |         |                      |

**Wykaz wykonanych usług w okresie ostatnich 5 lat**

NAZWA WYKONAWCY: .....

ADRES: .....

| Lp. | Nazwa podmiotu,<br>w którym realizowano<br>zamówienie | Przedmiot<br>zamówienia | Wartość<br>zamówienia | Termin realizacji zamówienia |             |
|-----|---|-------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------|
|     |   |                         |                       | Rozpoczęcia                  | Zakończenia |
| 1   |   |                         |                       |                              |             |
| 2   |   |                         |                       |                              |             |
| 3   |   |                         |                       |                              |             |

*Uwaga: w przypadku większej ilości, prosimy niniejszą tabelę powielić i stosownie wypełnić.*

Miejscowość, ....., dnia ..... 2013 r.

## **Umowa Nr o świadczenie usług zdrowotnych**

zawarta w dniu \_\_\_\_\_ roku w Jastrzębiu Zdroju pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalem  
Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój  
Księga rejestrowa nr 000000013057, KRS 0000048508, NIP: 633-10-45-778,  
REGON: 272790824**

Który reprezentuje

Dyrektor Grażyna Kuczera

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym Zamówienie**

a

---

reprezentowanym przez

---

zwanym w dalszej części umowy **Przyjmującym Zamówienia**

na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. z 2013 r. Dz.U. poz. 217), Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14 000 euro – stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 169/2012 z dnia 27.11.2012 Dyrektora WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju oraz w wyniku postępowania EAP/43/432-1/2014 strony zawierają umowę o następującej treści:

### **§ 1**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie badań neuropatologicznych: badania histopatologiczne i badania immunohistochemiczne, badań rezonansu magnetycznego (traktografia, spektro-MRI, MRI czynnościowe) wg potrzeb Udzielającego Zamówienie.
2. Podstawą wykonania świadczeń zdrowotnych będzie indywidualne zlecenie wystawione i podpisane przez lekarzy Udzielającego Zamówienie z określeniem rodzaju zamawianego świadczenia.
3. Materiał do badań odbierany będzie z siedziby Udzielającego Zamówienie w dniach \_\_\_\_\_ w godzinach \_\_\_\_\_.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Przyjmującego Zamówienie
5. Świadczenia wykonywane będą przez co najmniej \_\_\_\_\_ osób.

### **§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie świadczy usługi medyczne prowadząc dokładną i systematyczną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa przez osoby mające wiedzę medyczną potwierdzone wymaganymi

prawem dokumentami oraz doświadczenie, gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń.

2. Przyjmujący Zamówienie prowadzić będzie sprawozdawczość statystyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
3. Przyjmujący Zamówienie udzielając świadczeń w ramach kontraktu z NFZ przestrzegać będzie wszystkich obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie.
4. Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo kontroli wykonania usług zarówno pod względem merytorycznym jak i formalnym.
5. Przyjmujący Zamówienie poddaje się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### § 3

1. Cena jednostkowa podana w Załączniku nr 1 do umowy będzie stała przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem § 10 ust. 4.
2. Rozliczenie za wykonane usługi oparte będzie o rzeczywistą ilość wykonanych świadczeń.
3. Faktyczna ilość zapotrzebowania i wykonanych usług może być inna od ilości podanej w Formularzu oferty i z tego faktu Przyjmujący Zamówienie nie będzie wywodził żadnych skutków prawnych.
4. Podstawą wypłaty Przyjmującemu Zamówienie należności z tytułu realizacji umowy stanowi prawidłowo wypełniona faktura, wraz z załączonym wykazem zrealizowanych usług przez Przyjmującego Zamówienie wg Załącznika nr 2 do umowy.
5. Faktura wraz z wykazem zrealizowanych badań dostarczona zostanie do dnia 7-go po upływie terminu rozliczeniowego.
6. Należność płatna będzie przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie w terminie \_\_\_\_\_ dni od doręczenia faktury do siedziby Udzielającego Zamówienie. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
7. W przypadku zwłoki w zapłacie mogą zostać naliczone odsetki ustawowe.
8. Udzielający Zamówienia upoważnia Przyjmującego Zamówienie do wystawiania faktury VAT i faktury korygującej VAT.

### § 4

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać ze szczególną starannością i zasadami sztuki lekarskiej. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za wykonywanie lub zaniechanie wykonywania przez siebie świadczeń zdrowotnych.
2. Za szkody wyrządzone przez Przyjmującego Zamówienie w trakcie realizacji niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie odpowiada solidarnie z Udzielającym Zamówienie do pełnej wysokości poniesionej szkody, jeżeli powstała ona z działania lub zaniechania Przyjmującego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
4. W przypadku niemożności wykonania zleconego świadczenia zdrowotnego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie zobowiązany jest on do

zorganizowania zastępczego wykonania usługi oraz pokrycia ewentualnej różnicy w wartości wykonywanego świadczenia zdrowotnego.

## § 5

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do posiadania przez okres trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za ewentualne szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

## § 6

1. Niniejsza umowa została zawarta na czas określony i obowiązuje od daty podpisania umowy do 31.12.2014 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 1-miesięcznym terminem wypowiedzenia na koniec miesiąca, nie wcześniej jednak niż po 3 miesiącach od daty jej zawarcia.
3. W przypadku rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy może ona zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w tym w szczególności w przypadku nieudokumentowania przez Przyjmującego zamówienie, zawarcia umowy ubezpieczenia cywilnego, o którym mowa w § 5.

## § 7

1. Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego Zamówienie (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki).
2. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie dokonywać innych czynności, których przedmiotem jest wierzytelność wynikająca z niniejszej umowy, a której celem jest przystąpienie osoby trzeciej do zobowiązań udzielającego zamówienie – w szczególności czynności prawnych, które skutkują ustanowieniem odpowiedzialności osobistej bądź odpowiedzialności pewnymi przedmiotami majątkowymi przez osoby trzecie (np. poręczenie, gwarancja itp.) skutkującymi w przypadku spłaty wierzyciela nabyciem spłaconej wierzytelności przez osobę trzecią do wysokości dokonanej zapłaty.
3. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje, iż celem dochodzenia jakichkolwiek praw z umowy nie udzieli upoważnienia, w tym upoważnienia inkasowego innej firmie, w tym firmie prowadzącej pozostałą finansową działalność usługową, gdzie indziej nie sklasyfikowaną, jak i pozostałe doradztwo w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej i zarządzania w rozumieniu Polskiej Klasyfikacji Działalności, tj. firmom zajmującym się działalnością windykacyjną.

## § 8

1. Strony ustalają, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy obowiązywać będą następujące kary umowne:
  - a) Przyjmujący Zamówienie zapłaci kary umowne:
    - w przypadku rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym z powodu okoliczności za które odpowiada Przyjmujący Zamówienie w wysokości 1-miesięcznej wartości ostatniej faktury,
    - w przypadku nieterminowego wykonania usługi w wysokości 1/30 wartości ostatniej faktury za każdy dzień zwłoki.
  - b) w przypadku dokonania czynności opisanej w § 7 ust. 1, 2, 3 Udzielający Zamówienie naliczy karę umową w wysokości 3 miesięcznej wartości ostatniej faktury.

2. W przypadku, gdyby wartość szkody była wyższa aniżeli wysokość naliczonych kar umownych, strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

### § 9

1. Osobą odpowiedzialną za nadzór nad prawidłową realizacją umowy po stronie Udzielającego Zamówienie jest \_\_\_\_\_
2. Osobą odpowiedzialną za nadzór na prawidłową realizacją umowy jest ze strony Przyjmującego Zamówienie jest \_\_\_\_\_

### § 10

1. Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z niniejszej umowy w drodze negocjacji przez wyznaczonych przez Strony pełnomocników. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
3. Zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Zakazuje się istotnych zmian postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego Zamówienie, za wyjątkiem sytuacji, gdy w związku ze zmianą przepisów prawa zmianie ulegnie stawka podatku VAT, Udzielający Zamówienie podusza zmiany wynagrodzenia o kwotę brutto wynikającą ze zmienionej obowiązującej stawki podatku VAT.

### § 11

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

\_\_\_\_\_  
Udzielający Zamówienie:

\_\_\_\_\_  
Przyjmujący Zamówienie:

Załącznik nr 1 do umowy

| LP | Nazwa świadczenia | Ilość badań w terminie realizacji umowy | Cena jednostkowa netto (PLN) | Wartość netto (PLN) | VAT (%) | Wartość brutto (PLN) |
|----|-------------------|---|------------------------------|---------------------|---------|----------------------|
|    |                   |   |                              |                     |         |                      |

\_\_\_\_\_  
**Udzielający Zamówienie:**

\_\_\_\_\_  
**Przyjmujący Zamówienie:**

Protokół z wykonania usług zdrowotnych za miesiąc \_\_\_\_\_

| LP | Data badania | Imię i nazwisko pacjenta | Imię i nazwisko lekarza kierującego | Komórka zlecająca | Rodzaj wykonanego badania |
|----|--------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|
|    |              |                          |                                     |                   |                           |
|    |              |                          |                                     |                   |                           |
|    |              |                          |                                     |                   |                           |