#

# Załącznik Nr 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Szpital Wojewódzki w Poznaniu Filia nr 1 – Wielkopolskie Centrum Specjalistyczneul. Juraszów 7-1960-479 PoznańTel: 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 nazwiskolub nazwa) | Miejsce przeznaczenia(ulica, nr domui mieszkania orazplacówka pocztowa) | JednostkaSzpitala | Masa | Nrnadawczy | 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, Kowanówko64-600 ObornikiTel: 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 nazwiskolub nazwa) | Miejsce przeznaczenia(ulica, nr domui mieszkania orazplacówka pocztowa) | JednostkaSzpitala | Masa | Nrnadawczy | 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 Specjalistyczneul. Juraszów 7-1960-479 PoznańTel: 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 nazwiskolub nazwa) | Miejsce przeznaczenia(ulica, nr domui mieszkania orazplacówka pocztowa) | Oddział | Masa | Nrnadawczy | Uwagi | Opłata | Kwotapobrania |
| 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 Kowanówkuul. Sanatoryjna 34, Kowanówko64-600 ObornikiTel: 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 nazwiskolub nazwa) | Miejsce przeznaczenia(ulica, nr domui mieszkania orazplacówka pocztowa) | Oddział | Masa | Nrnadawczy | Uwagi | Opłata | Kwotapobrania |
| 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 Specjalistyczneul. Juraszów 7-1960-479 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 7-1960-479 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 SpecjalistyczneSzpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny w Kowanówku | 64-600 | Oborniki | Kowanówkoul. 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 SpecjalistyczneSzpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny w Kowanówku | 64-600 | Oborniki | Kowanówkoul. 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 |
| Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata |
| 557 | 1,114 | 1478 | 2,956 | 4 | 8 | 4 | 8 | 2,043 | 4,086 |

|  |
| --- |
|  zestawienie wartościowe |
| Polecone | Zwykłe | Zwroty | Paczki | Razem |
| Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 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 |
| Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata | Ilość2019 | Ilośćna 2 lata |
| 8.279 | 16.558 | 4367 | 8.734 | 290 | 580 | 15 | 30 | 12.951 | 25.902 |

|  |
| --- |
| zestawienie wartościowe |
| Polecone | Zwykłe | Zwroty | Paczki | Razem |
| Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 2 lata | Wartość2019 | Wartośćna 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 |