**Załącznik nr 2**

**Opis przedmiotu zamówienia**

**(Wykonawca wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym i zamieszcza wraz z ofertą na Platformie zakupowej).**

**Kryteria oceny ofert:**

Cena **– 60 pkt.**

Termin przeglądu technicznego **– 20 pkt.**

Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia – **20 pkt.**

Przedmiotem zamówienia jest przegląd techniczny oraz konserwacja obejmujący opieką aparaturę i sprzęt medyczny stanowiący własność Zamawiającego, znajdującej się w Szpitalu przy ul. Długiej ½, ul. Szamarzewskiego 88/84 i na os. Rusa 25A w Poznaniu w poniżej wymienionym zakresie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość graniczna** | **Wartość oferowana***\*miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Wykonanie przeglądów technicznych i konserwacji, zgodnie z zaleceniami producenta aparatów wraz z urządzeniami będącymi częścią systemów oraz z dostawą materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądów. Wykonawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej jednak niż min. 1 raz na 12 miesięcy. W przypadku pakietów: 25, 53, 54, 60, 89 oraz w 11 poz. 1, 2. 3 nie rzadziej jak 1 raz 6 miesięcy. Wykonanie wszystkich czynności konserwacyjnych, między innymi: czynności kontrolnych elementów mechanicznych, elektrycznych, oczyszczenie układu chłodzącego, konserwacja i aktualizacja oprogramowania systemowego i aplikacyjnego, porządkowanie przestrzeni dyskowej i bazy danych; kontrola jakości obrazów diagnostycznych (jeżeli dotyczy) wraz z przeprowadzeniem odpowiednich czynności sprawdzających i korygujących, sprawdzenie poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych i niezbędnych kalibracji, walidacji, wykonanie konserwacji prewencyjnych, wymianie części zużywalnych, zgodnie z zaleceniami producenta wchodzących w zakres przeglądu oraz dezynfekcję i czyszczenie aparatów, test bezpieczeństwa elektrycznego itd. | **TAK** |  |
| 2 | Wykonanie czynności przeglądowych powinno zostać zakończone protokołem serwisowym/kartą pracy/raportem serwisowym itp. i wpisem do paszportu technicznego. Protokół serwisowy przekazany przez Wykonawcę Zamawiającemu powinien zawierać rzeczywisty, pełny opis wykonanych czynności przeglądowych, z wyraźnym określeniem stanu technicznego sprawdzanego aparatu: aparat sprawny/aparat niesprawny oraz wskazaniem terminu następnego przeglądu. | **TAK** |  |
| 3 | Wydanie świadectwa sprawności aparatu po wykonanym przeglądzie technicznym, w przypadku wykrycia awarii podczas przeglądu technicznego, Wykonawca przedstawi raport serwisowy oraz ofertę cenową na wykonanie naprawy. Po otrzymaniu osobnego zlecenia i akceptacji oferty cenowej Wykonawca przystąpi do usunięcia awarii a świadectwo zostanie wydane po zakończonej pozytywnie naprawie.  | **TAK** |  |
| 4 | Przeglądy wykonywane będą w siedzibie Zamawiającego lub w siedzibie Wykonawcy, przy czym to Zamawiający decyduje o miejscu wykonania usługi. W przypadku wykonywania usługi w siedzibie Wykonawcy obowiązek przesłania urządzenia do siedziby Wykonawcy należy do Zamawiającego, który ponosi koszt przesyłki, natomiast odesłanie sprzętu leży po stronie Wykonawcy, który pokrywa koszty przesyłki uwzględnione w cenie przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |
| 5 | Każda czynność (przegląd techniczny i konserwacja) musi być wpisana przez Wykonawcę do paszportu technicznego urządzenia, a w przypadku konieczności wycofania urządzenia z eksploatacji zostanie wydane odpowiednie orzeczenie techniczne (bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego). | **TAK** |  |
| 6 | W przypadku aparatury laboratoryjnej jak np. cieplarki, suszarki, zamrażarki niskotemperaturowe, wirówki, płyty grzejne, łaźnie, termocyklery Wykonawca w ramach przeglądu technicznego wykona walidację oraz dostarczy świadectwo walidacji (bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego).  | **TAK** |  |
| 7 | W przypadku pakietów: 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 46, 51, 53, 83, 89Wykonawca przedstawi autoryzację producenta na możliwość wykonywania przeglądów technicznych. | **TAK** | **Potwierdzić****………………………….** |
| 8 | Kryterium oceny – przeglądy techniczne: max 20 pktPrzegląd techniczny powinien zostać wykonany w terminie max. 14 dni od momentu otrzymania zgłoszenia rozumianego jako rozmowa telefoniczną, wiadomość e’mail lub wiadomość wysyłana fax’em. ***\*****dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych w godzinach od 08:00 do 17:00* | **TAK**  | **Sposób oceny:*** 1-2 dni robocze od momentu otrzymania zgłoszenia – 20 pkt.
* 3-5 dni robocze od momentu otrzymania zgłoszenia – 15 pkt.
* 6-8 dni robocze od momentu otrzymania zgłoszenia – 10 pkt.
* 9-13 dni robocze od momentu otrzymania zgłoszenia – 5 pkt.

14 dni robocze od momentu otrzymania zgłoszenia – 0 pkt. **Podać ilość dni** …………………. |
| 9 | Kryterium oceny ofert – doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia: | **Sposób oceny:****- 2 lata doświadczenia w zakresie serwisowania aparatury medycznej- 0 pkt.****- powyżej 2 lat doświadczenia w zakresie serwisowania aparatury medycznej – 20 pkt** | Wykonawca poda w latach doświadczenie osoby/osób wyznaczonej/nych do realizacji zamówienia……………………………… |
| 10 | Kwalifikacje zawodowe – przeszkolenie u producenta z zakresu serwisowania aparatów stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (nie powoduje odrzucenia oferty) | **TAK/NIE** | **Podać:****…………….** |
| 11 | Udzielenie przez cały czas trwania umowy usługi i udzielonej gwarancji należytego wykonania umowy, przez co należy rozumieć gwarancję na wykonane czynności i użyte do wykonania usługi części zamienne.  | **TAK** |  |
| 12 | System zdalnej diagnostyki musi spełniać międzynarodową normę standaryzującą system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO/IEC 27001:2013.Dane osobowe oraz medyczne będą przetwarzane przez Wykonawcę w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca oświadcza, że przetwarzanie danych osobowych będzie się odbywało na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego. | **TAK** |  |
| 13 | Serwis musi zapewnić, aby użytkowane oprogramowanie oraz jego elementy dostarczone w zestawie i/lub z aparaturą, w tym służące do komunikacji z innymi systemami posiadanymi przez Zamawiającego, posiadało pełną funkcjonalność na standardowym koncie użytkownika systemu operacyjnego, lub pracować jako autoryzowana usługa serwisowa w systemie operacyjnym.W przypadku dostarczenia nowego sprzętu komputerowego musi on spełniać wymogi pracy w szpitalnym środowisku Active Directory. Komputer musi posiadać system operacyjny w architekturze x64 minimum Windows 10 ProffesionalZdalna administracja **(jeżeli będzie konieczna)** w ramach serwisu realizowana będzie z wybranego adresu/grupy adresów IP, które należy podać najpóźniej w dniu podpisania umowy. Połączenia muszą być szyfrowane (np. w standardzie ssh, ipsec). Każdorazowe nawiązanie połączenia zdalnego, musi wiązać się z wysłaniem wiadomości e-mail informującej o tym fakcie na adres: remoteaccess@skpp.edu.pl . Komunikacja między Wykonawcą a przedstawicielami Działu Informatyki Zamawiającego odbywać się będzie za pośrednictwem osób wskazanych przez Strony do kontraktu. Zmiana w/w osób do kontraktu może nastąpić za pośrednictwem pisemnego powiadomienia i nie będzie traktowana jako zmiana umowy. | **TAK** |  |
| 14 | Wszystkie części zestawu (o ile takie są) np. stacje diagnostyczne, stacje techników, komputery sterujące, komputery czy serwery z dodatkowym oprogramowaniem, oprogramowaniem analitycznym, komputery służące do pracy z zintegrowanym systemem HIS) – muszą być aktualizowane (systemy operacyjne, oprogramowanie) zgodnie z wytycznymi producenta systemu/programu/aplikacji, a w chwili komunikatu o braku wsparcia - należy podnieść system do wersji wspieranej | **TAK** |  |
| 15 | Nielimitowane konsultacje telefoniczne w godzinach pracy serwisu. | **Należy wskazać jakie to są godziny od… - do…** | **Podać:****od……………do………………..** |
| 16 | Koszt dojazdów i pracy inżynierów uwzględniony w cenie oferty. | **TAK** |  |
| 17 | W cenie przeglądu zawarty jest koszt wszystkich części niezbędnych do jego wykonania.  | **TAK** |  |
| 18 | Wszystkie rodzaje usług stanowiące przedmiot zamówienia wykonywane będą przy użyciu narzędzi i materiałów Wykonawcy (np. narzędzi specjalistycznych, serwisowego oprogramowania komputerowego do wykonania testów, kalibracji itp.). | **TAK** |  |
| 19 | Zamawiający zapłaci tylko za zrealizowany przedmiot umowy na podstawie potwierdzonej przez użytkownika karty pracy (raportu serwisowego, karty serwisowej, protokołu serwisowego itp.) i wystawionej faktury VAT płatnej 60 dni od daty otrzymania jej przez Szpital. | **TAK** |  |
| 20 | Komórką organizacyjną ze strony Szpitala do kontaktów z serwisem i zgłaszania awarii jest Sekcja Aparatury Medycznej. |
| 21 | Wykonawca zobowiązany jest realizować umowę zgodnie z ofertą przetargową oraz z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 ze zm.)  | **TAK** |  |
| 22 | Wykonawca przystąpi do realizacji prac po otrzymaniu zlecenia będącego potwierdzeniem realizacji zapisów w zawartej umowie . | **TAK** |  |
| 23 | **Wykonawca oświadcza**, że Przedmiot umowy będzie realizowany zgodnie z zaleceniami producenta aparatury, obowiązującymi normami i właściwymi przepisami oraz z zachowaniem przepisów BHP i P-POŻ, przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. | **TAK** | **Potwierdzić:****………………………..** |
| 24 | Wykonawca ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody związane z niewłaściwą realizacją niniejszej umowy - w tym nieprawidłowym wykonaniem przeglądów i konserwacji .  | **TAK** |  |
| 25 | Wykonawca ponosi odpowiedzialność cywilną za obrażenia osób i uszkodzenia sprzętu spowodowane zawinionym działaniem lub zaniechaniem obowiązków wynikających z niniejszej umowy – w szczególności dopuszczenia nieprawnego aparatu do użytkowania.  | **TAK** |  |
| 26 | **Okres obowiązywania umowy – 12 miesięcy**  |
| 27 | Wykonawca wyrazi zgodę na podpisanie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (w załączeniu do SIWZ).  | **TAK** |  |

**Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który nie poda informacji zgodnie z zaleceniami w powyższej tabeli.**

**Wykonawca oświadcza, że spełnia i spełni wszystkie warunki wymienione w powyższej tabeli i określone w poszczególnych pakietach.**

**Załącznik nr 2A**

**EZP/113/19 – (przekazać w wersji elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, ul. Długa ½, Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

 Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **usługa wykonania przeglądu technicznego i konserwacji aparatury medycznej dla wszystkich jednostek szpitala – 130 pakietów**

 Termin wykonania zamówienia: 12 miesięcy

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

 **adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP (podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2. Cena jednostkowa brutto (należy podać w załączniku nr 2 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr …………….. bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ........................................................................................................................................

Słownie zł............................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie......................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

**W przypadku złożenia oferty do więcej niż jednego pakietu Wykonawca powiela pkt 4 lub składa odrębne formularze.**

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Wymagane dane do kryteriów oceny ofert.**

**5.1 Kryterium „**termin wykonania przeglądu technicznego” - od momentu otrzymania zgłoszenia max. 14 dni

* termin wykonania przeglądu 14 dni roboczych od otrzymania zamówienia

termin wykonania przeglądu od 9 do 13 dni roboczych od otrzymania zamówienia……..**(podać ilość dni)**

termin wykonania przeglądu od 6 do 8 dni roboczych od otrzymania zamówienia……….**(podać ilość dni)**

termin wykonania przeglądu od 3 do 5 dni roboczych od otrzymania zamówienia………. **(podać ilość dni)**

termin wykonania przeglądu od 1 do 2 dni roboczych od otrzymania zamówienia**………..** **(podać ilość dni)**

***(wykonawca poda w dniach w związku z kryterium oceny ofert, w przypadku nie podania tego czasu Zamawiający przyjmie najdłuższy czas tj. 14 dni ).***

**5.2 Kryterium „**Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” - min. 2 lata

* 2 lata doświadczenia w zakresie serwisowania aparatury medycznej
* powyżej 2 lat doświadczenia w zakresie serwisowania aparatury medycznej

 ***(wykonawca zaznaczy przy właściwej pozycji, w przypadku nie podania tego czasu Zamawiający przyjmie najkrótszy doświadczenie tj. 2 lata)***

**6.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

**7.** W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**8. Lista załączników:**

1. Zał. nr 2 – Opis przedmiotu i Wykaz przedmiotu zamówienia,
2. Załącznik nr 6 – oświadczenie (dot. RODO)
3. Itd.

**………………………. ……………………………………**

 **Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

**Załącznik nr 4**

**EZP/113/19**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na: Usługa wykonania przeglądu technicznego i konserwacji aparatury medycznej dla wszystkich jednostek szpitala – 130 pakietów**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/113/19**

*Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 6**

**(Wykonawca oświadczenie dołączy do oferty w formie elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**EZP/113/19**

***Przedmiot*: Usługa wykonania przeglądu technicznego i konserwacji aparatury medycznej dla wszystkich jednostek szpitala – 130 pakietów**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia

Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w

Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)

**Załącznik nr 7 (Wykonawca, którego oferta oceniona zostanie jako najkorzystniejsza dostarczy na wezwanie Zamawiającego.)**

**Wykonawca podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym i składa na Platformie zakupowej, zgodnie z treścią SIWZ.**

**EZP/113/19**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia na: **Usługa wykonania przeglądu technicznego i konserwacji aparatury medycznej dla wszystkich jednostek szpitala – 130 pakietów**

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  | **Zakres wykonywanych prac** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |