**Załącznik nr 7 do umowy nr …/ADT/2025**

**RAPORT MIESIĘCZNY**

**DOKUMENTUJĄCY WYKONANE USŁUGI W ZAKRESIE SPRZĄTANIA OBIEKTU**

**ZAMAWIAJĄCEGO**

**……………………………………….**

**(MIESIĄC i ROK)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czynności wykonywane na terenie całego obiektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane przez pracownika Wykonawcy w godzinach od 08:00 do 13:00** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamiatanie i mycie ciągów komunikacyjnych oraz łazienek w miarę potrzeb; utrzymywanie w czystości muszli klozetowych i umywalek; uzupełnianie papieru toaletowego, ręczników papierowych, mydła według potrzeb; mycie ambulansu do poboru krwi; mycie pojemników przeznaczonych do transportu krwi według potrzeb; pakowanie i ważenie odpadów medycznych przeznaczonych do utylizacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane codziennie:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czyszczenie powierzchni mebli (biurka, szafy, szafki, stoły, krzesła); Opróżnianie pojemników na śmieci, wynoszenie śmieci, wymiana wkładów foliowych; Mycie pojemników na śmieci; Mycie drzwi wejściowych; Zamiatanie i mycie podłóg, posadzek i schodów, terrakoty, paneli itp. Dezynfekowanie klamek, elektronicznych urządzeń umożliwiających dostęp do pomieszczeń po wpisaniu kodu, stolików dla krwiodawców, włączników światła itp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane 3 razy w tygodniu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie parapetów wewnętrznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Czynności wykonywane 1 w tygodniu lub częściej w zależności od potrzeb** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utrzymanie w czystości innego wyposażenia sprzątanych pomieszczeń (komputery, telefony, lustra itp.) specjalnie do tego przeznaczonym środkiem;  Mycie drzwi wewnętrznych, mycie schodów przed wejściami głównym i tylnym) do budynku Centrum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywana raz na dwa tygodnie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odkurzanie wykładzin dywanowych; Wycieranie kurzu z mebli (fronty, boki, blaty, górne części szaf, szafek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu lub częściej w zależności od potrzeb** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usuwanie pajęczyn; Mycie grzejników; Mycie opraw oświetleniowych, kratek wentylacyjnych;  Mycie balustrad wewnętrznych i zewnętrznych; Konserwacja paneli podłogowych. Mycie lodówek, zamrażarek, witryn chłodniczych i innych urządzeń medycznych pod nadzorem właściwych pracowników – nie rzadziej niż raz w miesiącu; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane 4 razy w roku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie okien wraz z ościeżnicami; Mycie parapetów zewnętrznych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane całorocznie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zapewnienie i utrzymanie w czystości mat wejściowych w okresach wiosenno-letnim (od kwietnia do października włącznie) i w okresie jesienno-zimowym (od listopada do marca włącznie); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE POMIESZCZEŃ SANITARNYCH – (WC, UMYWALKI, PODŁOGA), RODZAJE PODŁÓG: TERAKOTA - O POWIERZCHNI –OK. 64 M 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane codziennie:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opróżnianie koszy na śmieci, ich mycie i wymiana worków na śmieci; Mycie i czyszczenie muszli i sedesów, ich odkażanie, usuwanie nalotów i dezynfekowanie; Zamiatanie i mycie terakoty; Utrzymanie w czystości pozostałych niewymienionych elementów wyposażenia łazienek i WC; Czyszczenie luster, parapetów, armatury, dozowników na mydło; Wyposażenie toalet w środki dezynfekująco – zapachowe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane 3 razy w tygodniu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie parapetów wewnętrznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie glazury; Usuwanie pajęczyn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane 4 razy w roku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie okien i parapetów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE ŚWIETLICY O POWIERZCHNI – OK. 42 M2 I SALI WYKŁADOWEJ O POWIERZCHNI – OK. 31,90 M2, RODZAJE PODŁÓG: PANELE, TERAKOTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane codziennie:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamiatanie i mycie podłóg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane raz w tygodniu lub częściej w zależności od potrzeb** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czyszczenie powierzchni mebli z zastosowaniem odpowiednich środków do ich konserwacji (odpowiednim do rodzaju powierzchni); Opróżnianie pojemników na śmieci, wynoszenie śmieci, wymiana wkładów foliowych; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie parapetów wewnętrznych, drzwi, kaloryferów; Usuwanie pajęczyn; Konserwacja paneli podłogowych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane 4 razy w roku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie okien wraz ze zmywaniem parapetów zewnętrznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE W POMIESZCZENIACH LABORATORYJNYCH O POWIERZCHNI - OK. 851 M 2, RODZAJE PODŁÓG: TERAKOTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane codziennie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opróżnianie, mycie, dezynfekcja koszy na śmieci i wymiana worków; Zamiatanie i mycie terakoty itp., Dezynfekcja i mycie zlewów, baterii, klamek, krzeseł; Dezynfekcja i mycie stołów i blaty laboratoryjne poza stanowiskami pracy, kosze na śmieci. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane raz w tygodniu lub częściej w zależności od potrzeb** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czyszczenie powierzchni mebli, sprzętów i wyposażenia (biurka, szafy, stoły, krzesła, szafki, lodówki, zamrażarki); Utrzymanie w czystości innego wyposażenia sprzątanych pomieszczeń (komputery, szafki, pojemniki na ręczniki jednorazowe, lampy biurowe, telefony, lustra itp.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie glazury; Mycie grzejników; Usuwanie pajęczyn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE SPECJALISTYCZNYCH SAMOCHODÓW DO POBIERANIA KRWI (AMBULATORIÓW) – 50 M2, PODŁOGA: WYKŁADZINA Z TWORZYWA SZTUCZNEGO (POMIESZCZENIA MEDYCZNE):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane co najmniej dwa razy w tygodniu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Opróżnianie, mycie, dezynfekcja koszy na śmieci i wymiana worków**  **Dezynfekcja i mycie zlewów, baterii, klamek, krzeseł, foteli**  **Czyszczenie powierzchni mebli, sprzętów i wyposażenia (biurka, szafy, stoły, krzesła, szafki)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| **SPRZĄTANIE POMIESZCZEŃ MAGAZYNOWYCH O POWIERZCHNI – OK. 200 M 2 I TECHNICZNYCH O POWIERZCHNI – OK. 42 M 2RODZAJE PODŁÓG:**  **(TERAKOTA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane codziennie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opróżnianie koszy na śmieci, ich mycie i wymiana worków na śmieci; Zamiatanie i mycie terakoty; Czyszczenie powierzchni mebli (biurka, szafy,stoły, krzesła ,szafki). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane raz w tygodniu lub częściej w zależności od potrzeb** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utrzymanie w czystości innego wyposażenia sprzątanych pomieszczeń (komputery, telefony, lustra itp.) w razie zabrudzenia specjalnie do tego przeznaczonym środkiem; Mycie drzwi wewnętrznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie grzejników; Usuwanie pajęczyn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane 4 razy w roku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie glazury; Powierzchnia, która będzie czyszczona wykonana jest z terakoty o powierzchni ok. 280 m2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE PATIO O POWIERZCHNI OK. 156 M2 – RODZAJE POWIERZCHNI: 140 M2 - TERAKOTA, OK. 16 M2 – PIASKOWIEC** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane codziennie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamiatanie i mycie terakoty, czyszczenie stolików i krzeseł, czyszczenie powierzchni kanap (obicie ze skaju) dla krwiodawców | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane raz na miesiąc lub częściej, jeśli jest taka potrzeba** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamiatanie i mycie piaskowca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPRZĄTANIE ARCHIWUM W BUDYNKU GOSPODARCZYM – OK. 40 M2 – TERAKOTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane dwa razy w tygodniu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opróżnianie koszy na śmieci, ich mycie i wymiana worków na śmieci | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| **Czynności wykonywane raz w miesiącu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie i zamiatanie terakoty, Czyszczenie powierzchni mebli (biurka, szafy, stoły, krzesła, szafki) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czynności wykonywane 2 razy w roku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mycie okien i krat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKRES PRAC DODATKOWYCH WYKONYWANYCH W MIARĘ POTRZEB ZAMAWIAJĄCEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dbanie o czystość pomieszczeń sanitarnych, głównych ciągów komunikacyjnych (hole, korytarze, klatki schodowe), wejść głównych do budynku Zamawiającego w ramach tzw. pilnych usług sprzątania - nie częściej niż 15 razy w roku, jeżeli Zamawiający zgłosi taką potrzebę w sytuacji wymagającej pilnych prac związanych z zachowaniem czystości w godzinach urzędowania Centrum, których wykonanie nie jest możliwe przez pracownika Wykonawcy wykonującego usługi samodzielnie w godzinach od 08:00 do 13:00. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| Sprzątanie po ewentualnych awariach lub pracach remontowych, jednak nie częściej niż 10 dni rocznie (5 dni w roku przez maksymalnie 80 godzin w skali roku w obrębie budynku Zamawiającego). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpis | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |