Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ WYMAGANYCH – OFEROWANYCH**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa ultrasonografu | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj | Podać |  |
| Dystrybutor - Oferent | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry / Warunek** | **Parametr wymagany** | **Punktacja** | **Parametr oferowany przez wykonawcę** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |  |
|  | Rok produkcji aparatu  | 2023 |  |  |
|  | **Konstrukcja** |  |  |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy  | Min. 12-bitowy |  |   |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania  | Min. 4 000 000 |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych | Min. 4  |  |  |
|  | Dynamika systemu  | Min. 290 dB |  |  |
|  | Monitor LCD o rozdzielczości min. 1920 x 1080 pix bez przeplotu.  | Przekątna ekranu min. 21 cali |  |  |
|  | Konsola aparatu z kubeczkami na głowice po obydwu stronach ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę  | Przekątna min. 10 cali |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy  | Min. od 1 MHz do 18 MHz. |   |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop)  | Min. 70 000 obrazów |  70 000 – 0 pkt.>70 000 – 10 pkt. |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop)  | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode  | Min. 900 s |  |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania  | Min. 1 - 40 cm |   |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika | Min. 70 |  |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy | TAK |  |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |  |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.* B, B + B, 4 B
* M
* B + M
* D
* B + D
* B + C (Color Doppler)
* B + PD (Power Doppler)
* 4 B (Color Doppler)
* 4 B (Power Doppler)
* B + Color + M
 | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B  | Min. 3500 obrazów/s |  3500 obrazów/s – 0 pkt.>3500 obrazów/s – 10 pkt. |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD)  | Min. 600 obrazów/s |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 12 pasm częstotliwości |  12 pasm częstotliwości – 0 pkt.>12 pasm częstotliwości – 10 pkt. |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) | Min.: +/- 4,0 m/s |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 15,0 m/s |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej | Min. 0,5 mm do 20 mm |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej | Min. +/- 30 stopni |  |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej | Min. +/- 80 stopni |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie  | Min. +/- 80 stopni |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich w kombinacjach min: PW/PW, TDI/TDI, PW/TDI | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicach kardiologicznych Phased Array | Min.: +/- 15 m/s(przy zerowym kącie bramki) |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound”  | Min. 9 |  9 wiązek – 0 pkt.>9 wiązek – 10 pkt. |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 15 map | TAK |  |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | Zasilacz awaryjny UPS zewnętrzny  | TAK |  |  |
|  | Fabrycznie wbudowany akumulator, pozwalający na min. 60 minut pracy | TAK |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |  |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem o pojemności min. 500 GB | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Funkcje użytkowe |  |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Min. X40 |  |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu | Min. x20 |  |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie  | Min. 10 |  |  |
|  | Przełączanie głowic z klawiatury. Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów | TAK |  |  |
|  | Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:* Kardiologicznych
* Transkranialnych
* Brzusznych
* Małych narządów
* Ginekologiczno-położniczych
* Naczyniowych
* Śródoperacyjnych
* Mięśniowo-szkieletowych
* Ortopedycznych
* Pediatrycznych
 | TAK |  |  |
|  | **Głowice ultrasonograficzne** |  |  |  |
|  | **Głowica kardiologiczna Signal Crystal Technology Phased Array** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy  | Min. 1,0 – 5,0 MHz. |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 100 |  100 elementów – 0 pkt.>100 elementów – 10 pkt. |  |
|  | Kąt skanowania  | Min. 90 st. |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | min. 5 pasm częstotliwości |  |  |
|  | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy. | Min. 2,0 – 12,0 MHz |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 900 |  900 elementów – 0 pkt.>900 elementów – 10 pkt. |  |
|  | Szerokość pola skanowania  | Max. 38 mm |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 8 pasm częstotliwości |  |  |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min. 1,0 – 6,0 MHz. |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 900 |  900 elementów – 0 pkt.>900 elementów – 10 pkt. |  |
|  | Kąt skanowania | Min. 70 st. |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | min. 10 pasm częstotliwości |  |  |
|  | **Głowica MicroConvex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy  | Min. 4,0 – 8,0 MHz. |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 900 | 900 elementów – 0 pkt.>900 elementów – 10 pkt |  |
|  | Kąt skanowania  | Min. 70 st. |   |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | min. 6 pasm częstotliwości |  |  |
|  | **Głowica Endovaginalna,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy  | Min. 3,0-10,0 MHz |  |  |
|  | Liczba elementów  | Min. 900 |  |  |
|  | Kąt skanowania | Min. 190 st. |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 5 pasm częstotliwości |  |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** |  |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o wielopłaszczyznowe głowice przezprzełykowe | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu elastografię fali poprzecznej  | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie elastograficzne w czasie rzeczywistym umożliwiające zobrazowanie różnic sztywności tkanki. Prezentacja elastyczności tkanki w skali kodowanej kolorem. Praca w trybie B /B+ET (elastografia tkankowa) | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną tzw. radialną o kacie obrazowania 360 st., min. 5,0 - 10,0 MHz, min. 256 elementów | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex min. 4,0-8,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 100 stopni dla każdej płaszczyzny, promień max. R10 mm | TAK |  |  |
|  | **Inne** |  |  |  |
|  | Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer)  | Min. 24 miesiące |  24 miesiące – 0 pkt.>24 miesiące – 10 pkt |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | TAK |  |  |
|  | Certyfikat CE na aparat i głowice (dokumenty załączyć) | TAK |  |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK |  |  |

**Warunki gwarancji:**

1. w przypadku awarii przystąpienie do naprawy w ciągu 48 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia,
2. liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu w okresie gwarancji zobowiązujących do wymiany tego podzespołu na nowy – nie więcej niż 3,
3. w przypadku trwania naprawy dłużej niż 2 dni roboczych, bezpłatne zapewnienie sprzętu zastępczego na czas trwania naprawy,
4. bezpłatne przeglądy łącznie z bezpłatną wymianą części zalecanych przez producenta w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta,
5. serwis gwarancyjny, naprawy i przeglądy gwarancyjne wykonywane będą przez autoryzowane placówki serwisowe w siedzibie Zamawiającego,
6. ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu,
7. jeden bezpłatny przegląd serwisowy do roku po zakończeniu gwarancji
8. możliwość niezwłocznego kontaktu z serwisem
9. podać: nazwa serwisu oraz dane kontaktowe, nr telefon, nr faksu pod które będą zgłaszane usterki oraz godziny pracy
10. serwis pogwarancyjny oraz okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty dostawy min. 10 lat

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane dotyczące Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:*****(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie* *zamówienia)*** |  |
| **Adres:** |  |
| **Województwo, w którym mieści się siedziba Wykonawcy** |  |
| **Nr telefonu/faksu:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **nr NIP:** |  |
| **nr REGON:** |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu udzielanym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest **zakup fabrycznie nowego cyfrowego ultrasonografu dla Wojewódzkiego Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Jana Jonstona w Lesznie,** zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z opisem zawartym w SWZ za wynagrodzenie:

cena netto.........................…………..zł

(słownie: ...................................................................................................................................)

podatek VAT……%..........................................................................zł

cena brutto.........................…………..zł

(słownie: ...................................................................................................................................)

**Pozacenowe kryteria oceny ofert:**

- termin dostawy: **……. (wpisać liczbę dni kalendarzowych; termin nie dłuższy niż 30 dni)**

 - parametry techniczne określone przez Zamawiającego, a stanowiące kryterium oceny ofertwskazano w formularzu wymaganych – oferowanych parametrów technicznych załączniku nr 1 do SWZ.

1. Oświadczamy, że oferowana cena brutto obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą do terminu związania ofertą wskazanego w SWZ.
4. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

sami bez udziału podwykonawców \*/ z udziałem podwykonawców

\* niepotrzebne skreślić

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom – Wykonawca wypełnia poniższe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wskazanie części zamówienia powierzanej podwykonawcy | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy | Nazwa i adres firmypodwykonawcy |
|  |  |  |

1. Zawarte w SWZ istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku udzielenia nam zamówienia do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach od ……. do …….informacje stanowiące **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa stanowi **Załącznik nr….** do oferty.
3. **Oświadczamy, że jesteśmy** (właściwe zaznaczyć):
* mikroprzedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 10 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro),
* małym przedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 50 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro),
* średnim przedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 250 osób i roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro),
* dużym przedsiębiorstwem (zatrudniającym 250 lub więcej osób i roczny obrót przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa przekracza 43 milionów euro)
1. Załącznikami do niniejszej oferty są:
	1. …..
	2. …..
	3. …..
2. Podmiotowe środki dowodowe, które Zamawiający może uzyskać na zasadach określonych w art. 274 ust. 4 Pzp (wskazać rodzaj dokumentu i dane umożliwiające jego pobranie):
	* 1. ………
		2. ………

10. Oświadczam/my, że wypełniłem/wypełniliśmy w imieniu Zamawiającego obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*Informacje dla wykonawcy:*

* + 1. *Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy
		i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*
		2. *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 następuje np. przez jego wykreślenie).*

…………….…. *(miejscowość),* dnia ……….……. r.

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 3 do SWZ

**Wykonawca:**

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

 *(pełna nazwa, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym **w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest zakup fabrycznie nowego cyfrowego ultrasonografu dla Wojewódzkiego Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Jana Jonstona w Lesznie**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

* + - 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**
		1. Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie
		art. 108 ust. 1 Pzp.

Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.

1. Oświadczam/my, że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………… ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp*).

Jednocześnie oświadczam/my, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy Pzp podjąłem/ podjęliśmy następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego Dz. U. z 2022 r., poz. 835).
	* + 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY/ÓW**
2. Oświadczam/my, że Podwykonawca/cy ………………………….. nie podlegaj/ją wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
3. Oświadczam/my, że Podwykonawca/cy ………………………….. nie podlegaj/ją wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
4. Oświadczam/my, że Podwykonawca/cy ……………………….. nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835).
5. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

1. **BEZPŁATNE I OGÓLNODOSTĘPNE BAZY DANYCH:**

 Na podstawie § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz. U. z 2020 r. poz. 2415) wskazuję dane bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, umożliwiające dostęp do odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru:……………………………………………….………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 4 do SWZ

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym **w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest zakup fabrycznie nowego cyfrowego ultrasonografu dla Wojewódzkiego Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Jana Jonstona w Lesznie**

Oświadczam, że:

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………

………….………………………………………………………………………………………………

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………

………….………………………………………………………………………………………………

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………

………….………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*