|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 1** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**OFERTA**

# na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” Postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 7/TP/21

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oraz po zapoznaniu się z:

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

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

**/ nazwa Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie/**

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

**/ siedziba Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie/**

**nr telefonu**............................. **adres internetowy**................................... **e-mail:** ........................................

**REGON**:...................................................................**NIP**...........................................................................

**nr KRS (jeśli dotyczy):**…………………………… **województwo**: ……………………………………

**I.** oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

2/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ oraz wyjaśnień do SWZ, w szczególności z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 3.1 – 3.3 do SWZ),

3/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia za ceny zgodnie z załączonym Formularzem ofertowo-cenowym,

4/ oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni począwszy od upływu terminu składania ofert, tj. do dnia 15.07.2021 r..

6/ oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada na zasadach określonych w Kodeksie Karnym),

7/ potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania,

8/ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu określonymi w SWZ i załącznikach (w tym z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego (stanowiącego integralną część SWZ),

9/ zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

10/ oświadczamy także, że wszystkie produkty oferowane w niniejszym postępowaniu posiadają wymagane certyfikaty i atesty, które dopuszczają użytkowanie przedmiotu zamówienia lub inne równoważne dokumenty, potwierdzające bezpieczeństwo w użytkowaniu oraz zgodność z wymaganiami polskich i europejskich norm, o ile są wymagane przez przepisy prawne,

11/ oświadczamy, że nasza firma spełniła obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio firma uzyskała 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.*

***UWAGA! W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do treści art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).***

**12/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę wynoszącą:**

**PAKIET NR 1**

Cena netto: ....................................................................

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

w tym …….. % podatek VAT

**PAKIET NR 2**

Cena netto: ...................................................................

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

w tym …….. % podatek VAT

**PAKIET NR 3**

Cena netto: ..........................................…………………

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

w tym …….. % podatek VAT (w przypadku mieszanej stawki podatku VAT należy podać ceny netto i brutto dla danej stawki VAT oraz wpisać cenę łączną netto i brutto oferty w tym pakiecie)

**Uwaga!** ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

13/ Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że:

**a) wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** \*:

**b) wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \***

14/ oświadczamy, że cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

**15/ oświadczamy, że udzielamy gwarancji dla Pakietu nr …… na okres ............... miesięcy od daty odbioru przedmiotu umowy** *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*) **(UWAGA! Należy wpisać odpowiednią wartość w przedziale wskazanym dla danego Pakietu zgodnie z zapisami w Rozdziale IX. pkt 2.2 SWZ)**

**II. TERMIN PŁATNOŚCI – oznaczony w dniach** (liczony od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury) – 30 dni (słownie: trzydziestu)

**III. WADIUM:**

 - do Pakietu nr …… w kwocie ……………………………………………………………. zł *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*)

Łączna wartość wadium: ………………..… zostało wniesione w formie ....................................................

- numer konta Wykonawcy, na które Zamawiający dokona zwrotu wadium wniesionego w pieniądzu lub adres/-y e-mail na które należy przesłać informację o zwrocie wadium wniesionego w innej formie niż w pieniądzu:

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

**IV. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2020.1913) zawarte są w Załączniku ….. i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2020.1913) w oparciu o następujące uzasadnienie (Wykonawca zobowiązany jest do uzasadnienia okoliczności zastrzeżenie części oferty jako tajemnicy przedsiębiorstwa w sposób obiektywny i wyczerpujący w oparciu o przesłanki wskazane w art. 11 ust. 4 ustawy wskazanej powyżej):

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

**V. PODWYKONAWCY:**

Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

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

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

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

**VI**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

Podaję nazwy (firm), na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

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

w następującym zakresie: …………………………………………………………….………………………………………………

**VII. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**VIII. DANE OSOBY/OSÓB, KTÓRE BĘDĄ PODPISYWAĆ EWENTUALNĄ UMOWĘ ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : …………………………………………………………………...

c/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

d/ stanowisko : …………………………………………………………………...

**IX. DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA REALIZACJĘ UMOWY ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**X. OKREŚLENIE STATUSU PRZEDSIĘBIORSTWA WYKONAWCÓW (do celów statystycznych wymaganych przez UZP)**

Oświadczam, że **jesteśmy** mikro/ małym/ średnim/ dużym przedsiębiorstwem/ jednoosobową działalnością gospodarczą/ os. fiz. nieprowadzącą działalności gospodarczej? inne…………. (wpisać status przedsiębiorstwa)1 \*

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

\*) niepotrzebne skreślić

1 Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 06.05.2003 r. dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich ( 2003/361/WE);

mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

b) W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

c) W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.1** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 1 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt./zest.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT** **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Ogrzewacz płynów | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Ogrzewacz pacjenta | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.2** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 2 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT** **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Ssak jezdny | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 3, ZADANIE NR 1 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych, 33168000-5 Przyrządy do endoskopii, endochirurgii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT** **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Kolumna endoskopowa – tor wizyjny z wyposażeniem | 1 |  |  | 8 |  |
|  |  | 23 |  |
| **RAZEM:** |  | xxx |  |

**PAKIET NR 3, ZADANIE NR 2** – **SUKCESYWNE DOSTAWY WYROBÓW JEDNORAZOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ogólnych** | **Ilość****Zamawiana****(szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT****(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy** | **Producent i nazwa handlowa** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 2a | Dreny jednorazowe współpracującez zaoferowaną pompą do zabiegów artroskopowych – praca w torze napływu | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 2b | Dreny jednorazowe współpracującez zaoferowaną pompą do zabiegów artroskopowych – praca w trybie napływu i odpływu | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | xxx |  | xxx | xxx |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŁĄCZNIE ZA PAKIET NR 3** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Kolumna endoskopowa |  |  |  |
| 2. | Dreny |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET 3** |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.1** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 1, ZADANIE 1** – **OGRZEWACZ PACJENTA \***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |  |
| 1 | Producent | podać |  |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |  |
| 5 | Ilość | 1 szt. |  |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |  |
| 1 | System składający się z:- podgrzewacza umożliwiającego jednoczesne podłączenie, co najmniej jednego koca /materaca grzewczego - 1 szt.- materaca grzewczego - 1 szt. | Tak |  |  |
| **Podgrzewacz** |
| 2 | Umożliwiający indywidualną regulację temperatury dla każdego z koców/materacy w zakresie min. od 37 st. C do 39 st. C. Podgrzewacz posiada zabezpieczenie nadtemperaturowe oraz alarm niskiej temperatury | Tak |  |  |
| 3 | Podgrzewacz wyposażony w uchwyt umożliwiający montaż do pionowej rurki oraz szyny medycznej | Tak |  |  |
| 4 | Podgrzewacz wykorzystujący do ogrzewania pacjenta niskie napięcie prądu zapewniające bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu nawet w przypadku mechanicznego uszkodzenia materaca/koca | Tak |  |  |
| 5 | Podgrzewacz o masie całkowitej nie większej niż 6 kg | Tak |  |  |
| **Materac grzewczy - wymagania ogólne** |
| 6 | Elementy grzejne wykonane z włókien węglowych | Tak |  |  |
| 7 | W pełni przezierny dla promieniowania RTG | Tak |  |  |
| 8 | Umożliwiający używanie diatermii podczas zabiegu | Tak |  |  |
| 9 | Posiadający właściwości przeciwodleżynowe | Tak |  |  |
| 10 | Powierzchnia łatwo dezynfekowalna i szczelna. Dodatkowo wraz z materacem zostanie dostarczony pokrowiec ochronny. | Tak |  |  |
| 11 | Przystosowane do wielokrotnego użytku - bez limitu użyć | Tak |  |  |
| 12 | Konstrukcja materaca zapewniająca dostosowanie się kształtu materaca do ciała pacjenta | Tak |  |  |
| 13 | System zapewniający równomierne ogrzewanie całej powierzchni materaca | Tak |  |  |
| 14 | Wymiary materaca- długość w zakresie od 120 cm do 130 cm- szerokość w zakresie od 50 cm do 55 cm | Tak, podać |  |  |
| 15 | Uszkodzenie materaca nie powoduje wyciekania cieczy z wnętrza | Tak |  |  |
| **Wymagania ogólne dla ogrzewacza pacjenta** |
| 16 | System w pełni przystosowany do pracy w środowisku bloku operacyjnego | Tak |  |  |
| 17 | System w pełni bezpieczny dla pacjenta i personelu oraz posiadający zabezpieczenia przez oparzeniem oraz porażeniem prądem | Tak |  |  |
| 18 | System umożliwiający przeprowadzenie defibrylacji bez konieczności odłączania od zasilania | Tak |  |  |
| 19 | System wyposażony w szybkozłączki pomiędzy podgrzewaczem a materacem umożliwiającym odłączenie poszczególnych elementów bez konieczności stosowania narzędzi | Tak |  |  |
| 20 | Materac wyposażony dodatkowo (poza przewodem trwale związanym z materacem) w przewód umożliwiający wydłużenie odległości pomiędzy podgrzewaczem a materacem | Tak |  |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |  |
| **\*Udzielone Wyjaśnienia** |  |
| 1. | Zamawiający dopuści system ogrzewania pacjenta, którego element grzewczy pokryty jest powłoką zewnętrzną wykonaną z nylonu z warstwą poliuretanową, biokompatybilną w kontakcie ze skórą |  |
| 2 | Zamawiający dopuszcza, aby zewnętrzna powłoka materaca była szczelnie zamknięta przy użyciu technologii RF, co zapobiegnie przedostaniu się płynów do wnętrza materaca |  |
| 3 | Zamawiający dopuszcza, żeby element grzewczy systemu ogrzewania pacjenta był wyposażony w warstwę elastycznych polimerów węglowych (w odróżnieniu od włókien węglowych) uniemożliwiającą osiągnięcie wyższej temperatury w miejscu uszkodzenia powłoki materaca/koca, co daje możliwość dokończenia zabiegu bez konieczności wyłączania system |  |
| 4. | Zamawiający dopuszcza , aby możliwe było umieszczenie pacjenta bezpośrednio na elemencie grzewczym systemu bez konieczności zastosowania bariery ochronnej lub maty przeciwodleżynowej |  |
| 5. | Zamawiający dopuszcza złącze przewodów materaca/koca i przewodu jednostki kontrolnej było pyłoszczelne i wodoszczelne, wykonane w klasie ochrony IP61 lub lepszej |  |
| 6. | Zamawiający dopuszcza, żeby podczas używania urządzeń elektrochururgicznych wysokich częstotliwości i cewników wsierdziowych nie było konieczności dodatkowego izolowania pacjenta od warstwy grzewczej systemu |  |

**PAKIET NR 1, ZADANIE 2** – **OGRZEWACZ PŁYNÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 zestaw |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **Ogrzewacz komorowy** |
| 1 | Urządzenie medyczne do podgrzewania we wszelkiego rodzaju pojemnikach płynów infuzyjnych, irygacyjnych, leków anestezjologicznych | Tak |  |
| 2 | Pojemność komory 35 L (+/- 5L) | Tak, podać |  |
| 3 | Mikroprocesorowy system regulacji temperatury w zakresie co najmniej od 30 ºC do +70 ºC | Tak, podać |  |
| 4 | Wymiary zewnętrzne nie większe niż:- szerokość – 40 cm- głębokość – 55 cm- wysokość – 40 cmZamawiający dopuszcza ogrzewacz płynów o wymiarach : szerokość – 35 cm , głębokość – 62 cm, wysokość – 40 cm? | Tak, podać |  |
| 5 | Dokładność stabilizacji temperatury w punkcie maks. +/- 1 ºC | Tak, podać |  |
| 6 | Możliwość ustawienia zadanej temperatury na co najmniej 24 godziny pracy lub ustawienia pracy z zadaną temperaturą w trybie ciągłym | Tak, podać |  |
| 7 | Naturalny (grawitacyjny) obieg powietrza Zamawiający dopuszcza ogrzewacz z wymuszonym obiegiem powietrza | Tak |  |
| 8 | Alarm dźwiękowy- niedomknięcia szuflady lub otwarcia pokrywy- niskiej/wysokiej temperatury w odniesieniu do temperatury zadanej | Tak |  |
| 9 | Możliwość pracy urządzenia w trybie automatycznym i manualnym | Tak |  |
| 10 | Wyświetlacz temperatury wskazujący aktualną temperaturę wewnątrz urządzenia | Tak |  |
| 11 | Obudowa wykonana z powłoki umożliwiającej łatwe mycie i dezynfekcję | Tak |  |
| 12 | Certyfikat medyczny – możliwość pracy na Bloku Operacyjnym | Tak |  |
| **Ogrzewacz przepływowy** |
| 13 | Ogrzewacz umożliwiający przepływowe podgrzanie płynów infuzyjnych oraz preparatów krwiopodobnych w trakcie zabiegów chirurgicznych | Tak |  |
| 14 | Ogrzewacz wyposażony w elastyczny silikonowy profil grzewczy o długości co najmniej 120 cm i średnicy umożliwiającej wprowadzenie drenu infuzyjnego. Ogrzewacz nie wymagający żadnych dodatkowych materiałów eksploatacyjnych jednorazowego użytku. | Tak |  |
| 15 | Ogrzewacz zapewniający ogrzanie min. 20 ml płynu infuzyjnego na minutę z regulacją temperatury w zakresie od min. 35 do 40 st. C | Tak, podać |  |
| 16 | Ogrzewacz wyposażony w ekran wyświetlający ustawioną temperaturę, aktualną temperaturę, alarmy. | Tak |  |
| 17 | Na wyposażeniu dodatkowo uchwyt do montażu na pręcie infuzyjnym oraz przewód zasilający oraz pozostałe elementy zapewniające uruchomienie i eksploatację urządzenia bez konieczności dokupowania dodatkowych elementów | Tak |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| **\*Udzielone wyjaśnienia** |
| 1. | Zamawiający dopuszcza, aby urządzenie posiadało funkcję dezynfekcji ogrzewanego wkładu przy pomocy promieniowania UV-C |
| 2. | Zamawiający opisał ogrzewacz komorowy i przepływowy- Zamawiający wymaga 2 różnych typów ogrzewacza w tym zadaniu |
| 3. | Zamawiający dopuszcza zastosowanie w urządzeniu szklanej pokrywy, co ułatwia ocenę i kontrolę (ilościową / jakościową) ogrzewanego wsadu |
| 4. | Zamawiający dopuszcza, aby urządzenie spełniało normę EN 60601-1-8:2011 dotyczącą bezpieczeństwa podstawowego oraz funkcjonowania zasadniczego medycznych urządzeń elektrycznych i medycznych systemów elektrycznych |
| 5 | Zamawiający dopuszcza obsługę urządzenia poprzez panel dotykowy |
| **Uwaga!**Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia./kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/ |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.2** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 2 – SSAK JEZDNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany******i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Ssak wytwarzający maksymalne podciśnienie min. 90 kPa | Tak, podać |  |
| 2 | Zmienna wydajność ssaka w min. zakresach: 40, 50 l/min (podana wartość mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny) Zamawiający dopuszcza do postępowania nowoczesny ssak o zmiennej wydajności minimum 50 l/min regulowanej w pełnym zakresie | Tak, podać |  |
| 3 | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia | Tak |  |
| 4 | Możliwość precyzyjnego ustawienia podciśnienia za pomocą regulatora | Tak |  |
| 5 | Ssak przystosowany do pracy ciągłej min. 12 h/dobę oraz w środowisku bloku operacyjnego | Tak, |  |
| 6 | Pompa bezolejowa, nie wymagająca konserwacji | Tak |  |
| 7 | Trwała obudowa z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 8 | Cicha praca – maksymalny poziom wytwarzanego hałasu 47 dB | Tak, podać |  |
| 9 | Zawór przełączający ssanie z jednego zbiornika na drugi bez odpinania drenów | Tak |  |
| 10 | Na wyposażeniu min. trzy zbiorniki min. 2,0 litrowe wielorazowe z poliwęglanu do wkładów jednorazowych na wydzielinę. Zamawiający dopuszcza do postępowania nowoczesny ssak wyposażony w trzy zbiorniki z poliwęglanu o pojemności 2 litry każdy do wkładów jednorazowych na wydzielinę, pod warunkiem że są to zbiorniki wielorazowe  | Tak |  |
| 11 | Ssak na wózku jezdnym z blokadą oraz z szyną na zbiorniki i akcesoria. Panel sterowania ssaka umieszczony co najmniej 60 cm od podłoża. | Tak |  |
| 12 | Wyposażenie startowe dostarczonego ssaka obejmuje minimum:- filtry antybakteryjne - min. 40 sztuk- dren silikonowy dla pacjenta o długości min. 4 m – min. 4 szt.- wkłady do ssaka – min. 40 szt. wkładów współpracujących ze ssakiem- ssak próżniowy przystosowany do podłączenia do gniazda próżni w razie awarii ssaka z króćcem w standardzie AGA – 1 szt. | Tak, podać |  |
| 13 | Wraz ze ssakiem zostanie dostarczony włącznik/wyłącznik nożny, zbiornik zabezpieczający przed przelaniem oraz uchwyt na dren | Tak |  |
| 14 | Waga urządzenia z wózkiem max. 20 kg (+/- 1 kg) | Tak |  |
| 15 | Zasilanie 230 V AC 50 Hz +/- 10% | Tak |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.3** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 3, ZADANIE 1** – **KOLUMNA ENDOSKOPOWA- TOR WIZYJNY Z WYPOSAŻENIEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymaganyi oceniany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymaganyi wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Zaoferowany zestaw zostanie dostarczony wraz z wszelkim asortymentem i komponentami (m.in. procesor, głowica kamery, optyki, monitor, okablowanie monitora, itp.) zapewniającymi końcowe otrzymanie obrazu w jakości UHD 4K (min. 3840x2160p) bez strat jakościowych na poszczególnych modułach. | Tak |  |
| 2 | **Procesor - 1 szt.** | Tak |  |
| 3 | Procesor umożliwiający podłączanie i obsługę zaoferowanej głowicy kamery 4K w rozdzielczości min. 3840x2160p. W zestawie kompletne okablowanie umożliwiające prawidłową prace zestawu w najwyższej możliwej jakości obrazu bez konieczności dokupowania dodatkowych akcesoriów | Tak |  |
| 4 | Procesor wyposażony w medyczny archiwizator umożliwiający zapis video w rozdzielczości min. 1920x1080 i zdjęć wykonywanych procedur medycznych i przypisanie ich do konkretnego pacjenta. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie archiwizatora jako niezależnego urządzenia peryferyjnego o funkcjach równoważnych. | Tak, podać |  |
| 5 | **Głowica kamery 2D 4K UHD - 1 szt.** | Tak |  |
| 6 | Głowica kamery- przystosowana do pracy w rozdzielczości 4K 3840 x 2160 pikseli- wyposażona w uniwersalne mocowanie optyk ze zintegrowanym łącznikiem- wyposażona w min. 2 przyciski sterujące z możliwością przypisania im różnych funkcji w zależności od preferencji operatora | Tak |  |
| 7 | **Monitor medyczny 4K UHD min 32”- 1 szt.** | Tak |  |
| 8 | Monitor medyczny do obrazowania- z przekątna ekranu min. 32"- o rozdzielczości min. 3840 x 2160 pikseli (4K)- z funkcją Picture-in-Picture- z systemem mocowania w standardzie VESA do ramienia będącego częścią składową zaoferowanego wózka- wyposażony w zdejmowaną osłonę na matrycę | Tak, podać |  |
| 9 | **Źródło światła LED – 1szt.** | Tak |  |
| 10 | Źródło światła LED- z możliwością sterowania funkcjami z poziomu panelu czołowego bądź z poziomu dołączonego do zestawu tabletu.- gwarantowany czas pracy lampy min. 15000h- wyposażone w moduł komunikacji do współpracy z procesorem- wyposażone w uniwersalne przyłącze światłowodów różnych producentów bez stosowania dodatkowych adapterów. | Tak, podać |  |
| 11 | **Pompa do zabiegów artroskopowych – 1szt.** | Tak |  |
| 12 | Wielospecjalistyczna pompa do przepłukiwania oraz odsysania przeznaczona do zabiegów artroskopowych- sterowanie za pomocą panelu czołowego pompy i dostarczonego sterownika nożnego- funkcja pracy w trybie napływu/odpływu- zakres ciśnienia pracy min. 0-120 mmHg oraz przepływ regulowany automatycznie do min. 1500 ml/min. Monitorowanie parametrów w czasie rzeczywistym.- współpracująca z konsolą shavera w zakresie zwiększenia przepływu w chwili uruchomienia funkcji shavera | Tak, podać |  |
| 13 | **Wielofunkcyjna konsola do napędów** | Tak |  |
| 14 | Konsola wyposażona min.- w dwa gniazda umożliwiające podłączenie dwóch urządzeń jednocześnie – automatyczne rozpoznawanie podłączonego urządzenia.- przełącznik nożny- shaver z przyciskami i z przewodem o min. 2.5m długości – 4 szt. | Tak |  |
| 15 | Konsola oraz shaver zapewniający- maksymalna prędkość obrotów shavera nie mniejsza niż 8000 obr/min- oscylacja shavera min. 3000 obr/min | Tak, podać |  |
| 16 | Shaver wyposażony min. w- programowalne przyciski sterujące- mocowanie ostrzy w systemie zatrzaskowym- króciec kanału ssaniaShaver do sterylizacji w autoklawie – na wyposażeniu każdego shavera pojemnik do jego sterylizacji.Możliwość zastosowania ostrzy shavera o średnicach ostrzaw zakresie 2.0 - 5.5mm różnych producentów | Tak, podać |  |
| 17 | **Wózek – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 18 | Dedykowany wózek wyposażony w- min. 4 półki- wysięgnik do płynów- dwa ramiona uchylne umożliwiające zawieszenie obok siebie dwóch monitorów min. 32’’ na uchwytach w standardzie VESA – jednego monitora zaoferowanego z torem oraz drugiego posiadanego przez Zamawiającego- listwę zasilającą z min. 5 gniazdami 230V | *Tak* |  |
| 19 | **Napęd akumulatorowy o dużej mocy – 2 szt.** | *Tak* |  |
| 20 | Napęd składający się min. z- rękojeści (jednostki napędowej) z możliwością podłączenia nasadki piły oscylacyjnej (Zamawiający dopuszcza rękojeść napędu możliwości podłączenia nasadki piły oscylacyjnej – dodatkowa rękojeść z piłą oscylacyjną w cenie oferty)- sterylnego pojemnika na akumulator wraz z nakładką do sterylnego montażu akumulatora- akumulatora niesterylnego Li-Ion o pojemności min. 2 Ah – 2 szt.- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm- 2,0 mm- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 3,2 mm(Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min. 0,8 mm – 3,2 mm)- nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0-6,4 mm- nasadka AO mała- nasadka AO duża- nasadki piły oscylacyjnej- kontenera do sterylizacji wszystkich w/w elementów | *Tak, podać* |  |
| 21 | **Napęd akumulatorowy mały – 2 szt.** | *Tak* |  |
| 22 | Napęd składający się min. z- rękojeści (jednostki napędowej) dwuprzyciskowej z funkcją oscylacji- sterylnego pojemnika na akumulator wraz z nakładką do sterylnego montażu akumulatora- akumulatora niesterylnego Li-Ion o pojemności min. 2 Ah – 2 szt.- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm- 2,0 mm- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 3,2 mm(Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min.0,8 mm – 3,2 mm)- nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0-6,4 mm- małej nasadki AO- nasadki piły oscylacyjnej- nasadka długopisowa z 10 wiertłami do cięcia bocznego- kontenera do sterylizacji wszystkich w/w elementów | *Tak, podać* |  |
| 23 | **Ładowarka do akumulatorów – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 24 | Ładowarka umożliwiająca jednoczesne ładowanie co najmniej 4 zaoferowanych wraz z napędami akumulatorów | *Tak, podać* |  |
| 25 | **Napęd przewodowy (2 szt.) z konsolą** | *Tak* |  |
| 26 | Konsola umożliwiająca pracę zaoferowanych napędów przewodowych.Zamawiający dopuszcza, aby zaoferowana konsola obsługiwała również zaoferowane shavery - w takim przypadku Wykonawca dostarczy jedną konsolę do obsługi napędów przewodowych i shaverów | *Tak, podać* |  |
| 27 | Napęd przewodowy o rękojeści prostej („ołówek”) wyposażony w :- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm – 1,6 mm- nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 2,4 mm(Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min. 0,8 mm – 3,2 mm)- nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0 – 4,0 mm- małej nasadki AO- nasadki piły oscylacyjnej lub osobny napęd z funkcją piły oscylacyjnejZamawiający dopuszcza napęd przewodowy o rękojeści pistoletowej wraz z wyspecyfikowanymi nasadkami | *Tak, podać* |  |
| 28 | **Zasilacz opasek zaciskowych – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 29 | Zasilacz elektryczny do wykonywania zabiegów w niedokrwieniu umożliwiający podłączenie dwóch niezależnych opasek umieszczony na dedykowanym statywie na kółkach. Zasilacz wyposażony w system umożliwiający pracę podczas zaniku zasilania w energię elektryczną na sali operacyjnej.Na wyposażeniu aparatu min. n/w opaski :- opaska na udo 85cm x 14 cm (+/- 20%) - 1 szt.- opaska na udo 120 cm x 13 cm (+/-20 %) - 1 szt.- opaska na ramię 65 cm x 15 cm (+/-20%) - 2 szt.- opaska podwójna 65 cm x 15 cm (+/-20%) - 1 szt.- opaska dziecięca pojedyncza – 1 szt. | Tak, podać |  |
| 30 | 1) Optyka artroskopowa - 2 szt.:- rozdzielczość min. FullHD , autoklawowalna- możliwość podłączenia światłowodów innych firm- średnica 4mm (+/- 0,5mm), kąt 30 stopni- długość robocza min. 165 mm- pojemnik do sterylizacji do każdej optyki2) Optyka artroskopowa - 2 szt.: rozdzielczość min. FullHD , autoklawowalna- możliwość podłączenia światłowodów innych firm- średnica 4mm (+/- 0,5mm), kąt 70 stopni- długość robocza min. 165 mm- pojemnik do sterylizacji do każdej optyki3 ) Optyka artroskopowa - 2 szt.:- rozdzielczość 4K, autoklawowalna- możliwość podłączenia światłowodów innych firm- średnica 2,7 mm, kąt 30 stopni- długość robocza w zakresie 70-120mm- pojemnik do sterylizacji do każdej optyki4) Optyka artroskopowa - 5 szt.:- rozdzielczość 4K, autoklawowalna- możliwość podłączenia światłowodów innych firm- średnica 4 mm, kąt 30 stopni- długość robocza w zakresie 140 mm-153mm- pojemnik do sterylizacji do każdej optyki | Tak, podać |  |
| 31 | 1) Płaszcz artoskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz kaniulowany obturator artroskopowy z rękojeścią do zaoferowanej optyki nr 1 - 2szt.2) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 2 – 2 szt.3) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 3 – 2 szt.4) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 4 – 5 szt.- światłowód współpracujący z zaoferowanym źródłem światła oraz optykami o długości min. 250 cm – 4 szt.- pojemniki do sterylizacji płaszczy – 11 szt. | Tak |  |
| 32 | Zestaw narzędzi wielorazowych, autoklawowalny, zawierający, co najmniej:- haczyk artroskopowy 5mm (+/- 1 mm ), długość min. 150 mm- 4 szt.- haczyk do artroskopii biodra długi – min. 200 mm – 1 szt.- haczyk do chirurgii reki – długość 70 mm (+/-10%) - 1 szt.- kleszcze tnące (2,7 mm lub 3,4 mm (+/-10%)) - 6 szt- chwytak z mechanizmem zatrzaskowym 3,4 mm lub 4,2 mm - 2 szt.- narzędzie do mikro-złamań zagięte - 2 szt- nóż haczykowy wielorazowy długość 150 mm (+/- 10 mm) – 1 szt. lub zestaw startowy składający się z min. 10 szt. noży haczykowych jednorazowych o długości min. 150 mm- tace sterylizacyjne do wszystkich narzędzi umożliwiające sterylizacjei rozdział narzędzi na min. trzy zestawy | Tak, podać |  |
| 33 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4** |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU****składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych****w postępowaniu** **na „Dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 7/TP/21”** |

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

*Wykonawca*

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust 1 pkt 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych w oparciu o fakultatywne przesłanki wykluczenia wymienione przez Zamawiającego w rozdziale VI SWZ.
3. **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 lub art. 109 ust. 1 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych podjąłem następujące środki naprawcze *(opisać szczegółowo)*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. \*Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu (jeśli dotyczy).
2. **\***Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………...........................… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z nn postępowania o udzielenie zamówienia. **W załączeniu oświadczenie w/w podmiotu zgodnie z art. 125 ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.**
3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

**\*wykreślić stosowne punkty jeśli nie dotyczy**

kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **WYKAZ DOSTAW****WYKAZ WYKONANYCH, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ POWTARZAJĄCYCH SIĘ LUB CIĄGŁYCH RÓWNIEŻ WYKONYWANYCH CO NAJMNIEJ DWÓCH DOSTAW**:d.1) dla Pakietu 1 – urządzeń medycznych typu ogrzewacze medyczne,d.2) dla Pakietu 2 – urządzeń medycznych,d.3) dla Pakietu 3 – urządzeń medycznych typu kolumna endoskopowa,w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania oraz podmiotów na rzecz których dostawy były wykonane lub odpowiednio są wykonywane |

**Znak: 7/TP/21**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa, adres i telefon Odbiorcy** | **Opis przedmiotu zamówienia: należy podać realizowane dostawy oraz wskazać rodzaj** | **Data wykonania dostaw****(od – do)**(należy podać datę wykonanych dostaw,Dzień/miesiąc/rok rozpoczęcia i zakończenia o ile są zakończone) | **Wartość****brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 6** |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** |

 ...............................................dnia ...............................

 */ miejscowość/*

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 7/TP/21**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

**o przynależności\*/ lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością **– postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 7/TP/21**

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

1**. *należy \*/ nie należy*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.Dz.U. 2019.369)z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe w niniejszym postępowaniu.

2. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

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

*\* niewłaściwe skreślić*

/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.t.j.2019.369) rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

W sytuacji, gdy w postępowaniu złożyli odrębne oferty wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 7** |
| **WZÓR - ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU****ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY** |

..........................................., dnia .............................

 */ miejscowość/*

/oznaczenie Podmiotu /

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Działając w imieniu: ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………....................… zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy pod nazwą:

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

następujących zasobów:

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

niezbędnych do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji **Znak: 7/TP/21** na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością na okres konieczny dla wykonania zamówienia w razie zawarcia umowy o zamówienie publiczne z tym Wykonawcą.

W celu oceny, czy w/w Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów wskazuję:

1) zakres moich zasobów dostępnych Wykonawcy:

**……………………………………………………………………………………………………………**

2) sposób udostępnienia i wykorzystania moich zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu w/w zamówienia;

**……………………………………………………………………………………………………………**

3) okres udostępnienia przy wykonywaniu w/w zamówienia:

**……………………………………………………………………………………………………………**

kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub

podpis osobisty osoby upoważnionej