**Załącznik Nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 1 - Narzędzia do noża harmonicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWEINIA – parametry****wymagane** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena****jedn.netto za szt.**  | **Wartość Netto (kol.3\*4)** | **Stawka VAT****%** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa****Producent****Nr katalogowy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  1. | Jednorazowa końcówka noża harmonicznego, długość ramienia 36cm, średnica 5mm o uchwycie pistoletowym z możliwością cięcia i koagulacji. Zakrzywiona bransza aktywna pokryta czarną matową powłoką minimalizującą przywieranie tkanki. Końcówka z przyciskami aktywującymi Max i Min. Urządzenie posiadające wbudowaną technologię adaptacji do tkanki umożliwiającą generatorowi ciągłe monitorowanie instrumentu podczas jego pracy i automatyczne modulowanie mocy wyjściowej energii drgań harmonicznych, a także generowanie zwrotnego sygnału dźwiękowego dla użytkownika. **Wymagane bezpłatne użyczenie generatora GEN11 na czas trwania umowy.** |  60 |  |  |  |  |  |  |
|  2. | Jednorazowa końcówka noża harmonicznego, długość ramienia 23cm, średnica 5mm o uchwycie pistoletowym z możliwością cięcia i koagulacji. Zakrzywiona bransza aktywna pokryta czarną matową powłoką minimalizującą przywieranie tkanki. Końcówka z przyciskami aktywującymi Max i Min. Urządzenie posiadające wbudowaną technologię adaptacji do tkanki umożliwiającą generatorowi ciągłe monitorowanie instrumentu podczas jego pracy i automatyczne modulowanie mocy wyjściowej energii drgań harmonicznych, a także generowanie zwrotnego sygnału dźwiękowego dla użytkownika. **Wymagane bezpłatne użyczenie generatora GEN11 na czas trwania umowy.** | 6 |  |  |  |  |  |  |
|  3. | Jednorazowe sterylne nożyczki do cięcia i koagulacji tkanek z wbudowaną aktywacją ręczną – możliwość zamykania naczyń do 7mm, zakrzywione bransze 38mm, długość ramienia 20mm, rotacja pełna 360°. **Wymagane bezpłatne użyczenie generatora GEN11 na czas trwania umowy.** | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 4.4 | Jednorazowe nożyczki do cięcia i koagulacji i przecinania tkanek, zamykające naczynia o śr. do 7 mm włącznie, wykorzystujące zaawansowaną elektryczną technologię bipolarną śr. ramienia 5 mm, dł. 37 cm, zakrzywione bransze o długości 24 mm. Ciągła rotacja ramienia roboczego w zakresie 360 stopni. Uchwyt pistoletowy z dwoma oddzielnymi przyciskami do cięcia i koagulacji. Dźwignia zamykająca bransze zatrzaskująca się w uchwycie. Możliwość koagulowania dolną szczęką w pozycji otwartej. **Wymagane bezpłatne użyczenie generatora GEN11 na czas trwania umowy.** | 6 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

***Zamawiający wymaga w zakresie pakietu 1:***

1. *Bezpłatnego użyczenia 1 szt generatora GEN11 (na warunkach określonych we wzorze umowy będącym załącznikiem nr 6 do SWZ)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu użyczenia** | **Ilość** | **Model/rok produkcji** | **Dane serwisowe (adres, telefon, mail, fax)** | **Wartość brutto 1 szt.** |
| 1 | Generator GEN11 | 1 szt. |  |  |  |

………………, dnia ……………….

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

 Podpis Wykonawcy

 **Załącznik Nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 2 - Klipsowica do klipsów tytanowych + ładunek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWEINIA – parametry****wymagane** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena****jedn.netto za szt.**  | **Wartość Netto (kol.3\*4)** | **Stawka VAT****%** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa****Producent****Nr katalogowy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  1. | Klipsownica automatyczna do klipsów tytanowych w rozmiarze M/L o śr. 10mm, wielorazowego użytku, część robocza obrotowa, automatyczne pobieranie następnego klipsa | 2 |  |  |  |  |  |  |
|   2. | Ładunek do klipsownicy kompatybilny z klipsownicą z poz 1. z 10 klipsami tytanowymi – sterylne | 1280 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

………………, dnia ……………….

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

 Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 3 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 3 – Ostrze proste do Shawera**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWEINIA – parametry****wymagane** | **Zamawiana ilość sztuk** | **Cena****jedn.netto za szt.** | **Wartość Netto (kol.3\*4)** | **Stawka VAT****%** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa****Producent****Nr katalogowy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  1. | Ostrze proste do shawera rozmiar 4 mm, jednorazowego użytku, z drenem irygacyjnym w zestawie, kompatybilne z shawerem M5 firmy Medtronic. Opakowanie zbiorcze 5 szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

………………, dnia ……………….

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

 Podpis Wykonawcy

 **Załącznik nr 4 do SWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON ……………………………….............. NIP …………………………......................……………

Tel. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym ……………………………………………

Tel ………………… e-mail **……………………………………………………………………………..**

Osoba upoważniona do podpisania umowy :

……………. ………………………………………………………………………….

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto

 ……………………………………………………………

Wadium wniesione w postaci gwarancji należy odesłać do wystawcy gwarancji :

……………………………………………………………………… (wskazać adres mailowy)[[1]](#footnote-1)

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy wyrobów medycznych jednorazowego użytku 8 na warunkach określonych w specyfikacji warunków zamówienia za cenę

## Pakiet nr ..…[[2]](#footnote-2)

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………...........zł

***Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, na ile części – pakietów składa ofertę; należy wpisać nr pakietu***

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że należymy do grupy **małych / średnich przedsiębiorstw / dużych przedsiębiorstw [[3]](#footnote-3)**
3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_[[4]](#footnote-4) do \_\_\_\_4 informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ, projektem umowy, i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do **powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w rozdziale II podrozdziale 9 SWZ:
9. **Tak3** powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………………………………….…………………4
 **Nie3**.
10. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia3**: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..4
11. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postepowaniu \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2022 roku

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

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 do SWZ**

***klauzula informacyjna z art. 13 RODO***

**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 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-027 Katowice ul. Francuska 20/24;
	+ W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych przez adres mailowy: iod@spskm.katowice.pl oraz pod adresem korespondencyjnym: Inspektor Danych Osobowych Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-027 Katowice ul. Francuska 20/24
	+ Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na **„Dostawa wyrobów medycznych jednorazowego użytku 8, *sygn. Sprawy:* - ZP-22-049UN”** prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;
	+ odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 74 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z dnia 24 października 2019r. poz. 2019 z późn. zm.), 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:
		1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
		2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych[[5]](#footnote-5);
		3. 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[[6]](#footnote-6);
		4. 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:
		1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
		2. 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

**Załącznik Nr 8 do SWZ**

***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt.5 ustawy z dnia 11 września 2019r**

 **Prawo zamówień publicznych (**Dz.U. poz. 2019 ze zm**),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa wyrobów medycznych jednorazowego użytku 8, *sygn. Sprawy:* - ZP-22-049UN”**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, że:

󠆒 nie należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r o ochronie konkurencji i konsumentów ( Dz.U. z 2020r poz.1076 i 1086) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę \*,

󠆒 należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art.108 ust.1 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. *W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej*

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

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

 PODPIS WYKONAWCY

**ZAŁĄCZNIK NR 9 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W JEDZ\***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **„Dostawa wyrobów medycznych jednorazowego użytku 8, *sygn. Sprawy:* - ZP-22-049UN”,** prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U.
z 2019 r. poz. 2019 ze zm.), zwanej dalej ustawą oświadczam, że informacje zawarte w Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia (JEDZ), o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania o których mowa w:

a) art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy, dotyczących wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy, dotyczących zakłócenia konkurencji wynikającego z wcześniejszego zaangażowania Wykonawcy lub podmiotu który należy z Wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia,

**są aktualne / są nieaktualne.\*\***

……………………….

(miejscowość, data)

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

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

\* niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

\*\* niepotrzebne skreślić. W przypadku braku aktualności podanych uprzednio informacji dodatkowo należy złożyć stosowną informację w tym zakresie, w szczególności określić jakich danych dotyczy zmiana i wskazać jej zakres.

1. Wykonawca wypełnia, o ile dotyczy [↑](#footnote-ref-1)
2. *należy wpisać numer oferowanego Pakietu i powtórzyć w/w zapis (w ramce) tyle razy ile pakietów jest oferowanych* [↑](#footnote-ref-2)
3. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-3)
4. *wypełnia wykonawca*  [↑](#footnote-ref-4)
5. ***Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;* [↑](#footnote-ref-5)
6. ***Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.* [↑](#footnote-ref-6)