**PAKIET NR 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe** | **Wymagane spełnianie warunku** | **Oświadczenie spełniania warunku (TAK/NIE)** |
| 1. | Nieodpłatne udostępnienie w trakcie trwania umowy: |  | |
| * pompy artroskopowej *(nie starszej niż 2- letniej)* – 1 szt. | Tak |  |
| * kolumny Shaver`a *(nie starszej niż 2- letniej)* – 1 szt. | Tak |  |
| * rękojeść Shaver`a *(nie starszej niż 2- letniej)* – 3 szt. | Tak |  |
| * instrumentarium do rekonstrukcji więzadła ACL *(nie starsze niż 2- letnie)* | Tak |  |
| * instrumentarium do artroskopii barku *(nie starsze niż 2- letnie)* | Tak |  |
| 2. | Wymiana uszkodzonych elementów instrumentarium bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 3. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie rozmiary implantów uznanych przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 4. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie artroskopii stawów w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/ podpis osobisty (e-dowód)

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe** | **Wymagane spełnianie warunku** | **Oświadczenie spełniania warunku (TAK/NIE)** |
| 1. | Wymiana uszkodzonego implantu bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 2. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie zastosowania implantu w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/ podpis osobisty (e-dowód)

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**PAKIET NR 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe** | **Wymagane spełnianie warunku** | **Oświadczenie spełniania warunku (TAK/NIE)** |
| 1. | Nieodpłatne udostępnienie kompletnego instrumentarium do implantacji pinów | Tak |  |
| 2. | Wymiana uszkodzonego implantu bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 3. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie rozmiary implantów uznanych przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 4. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie artroskopowego zastosowania implantu w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/ podpis osobisty (e-dowód)

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**PAKIET NR 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe** | **Wymagane spełnianie warunku** | **Oświadczenie spełniania warunku (TAK/NIE)** |
| **Pakiet nr 4 pozycja nr 1 (Sztuczna łąkotka)** | | | |
| 1. | Nieodpłatne udostępnienie niezbędnego instrumentarium | Tak |  |
| 2. | Wymiana uszkodzonych elementów instrumentarium bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 3. | W oparciu o zgłoszenie zużycia – obowiązek uzupełnienie stanu podmagazynu *(zgodnie z Załącznikiem nr 1 pkt 4)*. | Tak |  |
| 4. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie rozmiary implantów uznanych przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 5. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie artroskopowego zastosowania implantu w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |
| **Pakiet nr 4 pozycja nr 2 (Pasta)** | | | |
| 1. | W oparciu o zgłoszenie zużycia – obowiązek uzupełnienie stanu podmagazynu *(zgodnie z Załącznikiem nr 1 pkt 4).* | Tak |  |
| 2. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie pojemności preparatu uznane przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 3. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie zastosowania preparatu w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/ podpis osobisty (e-dowód)

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**PAKIET NR 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dodatkowe** | **Wymagane spełnianie warunku** | **Oświadczenie spełniania warunku (TAK/NIE)** |
| **Pakiet nr 5 pozycja nr 1 (Pistolet do łąkotki all inside PEEK)** | | | |
| 1. | Wymiana uszkodzonych implantów bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 2. | W oparciu o zgłoszenie zużycia – obowiązek uzupełnienie stanu podmagazynu w ciągu 24 godzin | Tak |  |
| 3. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie rodzaje elektrod uznanych przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 4. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie artroskopowego zastosowania narzędzia w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |
| **Pakiet nr 5 pozycja nr 2 (Elektrody)** | | | |
| 1. | Nieodpłatne udostępnienie 2 rękojeści systemu VAPR firmy MITEK wraz z generatorem. Serwis po stronie udostępniającego. | Tak |  |
| 2. | Wymiana uszkodzonych elektrod bezpłatna, w terminie max 7 dni | Tak |  |
| 3. | W oparciu o zgłoszenie zużycia – obowiązek uzupełnienie stanu podmagazynu w ciągu 24 godzin | Tak |  |
| 4. | Zaopatrzenie magazynu we wszystkie rodzaje elektrod uznanych przez Zamawiającego za niezbędne | Tak |  |
| 5. | Nieodpłatne szkolenie w zakresie artroskopowego zastosowania narzędzia w terminie uzgodnionym z Zamawiającym | Tak |  |

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/ podpis osobisty (e-dowód)

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**DOTYCZY WSZYSTKICH PAKIETÓW:**

1. **W kolumnie „Oświadczenie spełniania warunku” Wykonawca winien wykazać, że spełnia wymagania Zamawiającego, poprzez umieszczenie w tabeli odpowiedzi (TAK/NIE).**
2. **Niespełnienie któregokolwiek z wymogów i warunków realizacji spowoduje odrzucenie oferty.**