|  |
| --- |
| **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. w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe” Postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 12-TP-23

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji 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:** .............................................**województwo**: ...................................

**KRS (jeśli dotyczy): wpisany do** ........................................... **prowadzonego przez** ......................................... **pod nr KRS** ….……

**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 ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (zawartym w Załącznikach nr 3.1 – 3.6 oraz 2.1 – 2.6 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 określonego w rozdz. XI ust. 2 pkt 2.1 SWZ

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 postępowania określonymi w SWZ i załącznikach (w tym ze 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. 1.*

***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:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nrpakietu | Cena netto(zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto(zł) |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

**Uwaga!**

- ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

- 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)

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 jedną wartość w pełnych miesiącach 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. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY:** ...........................................................

**IV. 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 gwaranta/poręczyciela na które należy przesłać informację o zwrocie wadium wniesionego w innej formie niż w pieniądzu:

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

**V. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2022.1233) 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.2022.1233) 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): ………………………………………………………………………………

**VI. PODWYKONAWCY:**

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

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

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

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

**VII**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

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

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

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

**VIII. 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 : ……………………………………………………………...……..

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

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

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

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

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

**X. 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 : ……………………………………………………………...……..

**XI. 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, jeśli Wykonawcy występują wspólnie proszę powielić zapis)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: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Platforma wibracyjna | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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: 33112340-3 Echokardiografy)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Aparat EKG wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Podoskop komputerowy z oprogramowaniem i osprzętem(podoscaner) | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Platforma sił reakcji podłoża z oprogramowaniem i osprzętem (podobarograf) | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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 2.4** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 4** (CPV: 33192120-9 Łóżka szpitalne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Łóżka pacjenta z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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 2.5** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 5** (CPV: 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Przenośny kardiomonitor wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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 2.6** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 6** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | 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 | Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) 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.;

e) 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 3.1** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 1 - Platforma wibracyjna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 kpl. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Poziomy prędkości: min 99 poziomów | TAK\* |  |
| 2 | Zakres częstotliwości: 8-22 Hz | TAK\* |  |
| 3 | Programy automatyczne 3 i więcej | TAK |  |
| 4 | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |
| 5 | Wymiary 79cm x 48cm x 14,5cm (+/- 3 cm) | TAK\* |  |
| 6 | Waga 26 kg i mniej | TAK, podać |  |
| 7 | Wytrzymałość obciążenia: min.120 kg | TAK\* |  |
| 8 | Moc znamionowa 250 Watt i więcej | TAK\* |  |
| 9 | Zasilanie 220-240 V | TAK |  |
| 10 | Automatyczny czas pracy 15 min (+/- 3 min) | TAK, podać |  |
| 11 | Możliwość używania w różnych pozycjach- leżeniu, siadzie, podporze | TAK |  |
| 12 | Brak poręczy bocznych | TAK |  |
| 13 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 15 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

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

**PAKIET NR 2 – Aparat EKG wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 3 kpl. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Aparat EKG - prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG z analizą i interpretacją danych z badań zapisanych w pamięci | TAK\* |  |
| 2 | Tryb pracy automatyczny, ręczny | TAK |  |
| 3 | Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną funkcyjną, oraz panel dotykowy | TAK\* |  |
| 4 | Bezprzewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet (Wi-Fi), przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | TAK\* |  |
| 5 | Realizacja zleceń w standardzie HL7 poprzez współpracę z systemami szpitalnymi: OptiMed (Comarch), CliniNet (CGM), Somed (Kamsoft) oraz mMedica + moduł MIUD mmPACS+ od wersji 5.3 (Asseco) | TAK\* |  |
| 6 | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | TAK\* |  |
| 7 | Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, drukowanie wybranej grupy | TAK\* |  |
| 8 | Automatyczne wykrywanie załamków P, QRS, T, oraz pomiar amplitud wszystkich załamków | TAK\* |  |
| 9 | Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T, oraz czasów trwania P i QRS. Pomiar poziomu nachylenia odcinka ST. Ciągły pomiar HR- prezentacja na wyświetlaczu | TAK\* |  |
| 10 | Regulowana długość zapisu badania automatycznego- w przedziale od 6 do 30 sekund | TAK\* |  |
| 11 | Zapis wsteczny EKG (1-30 sek. ) | TAK\* |  |
| 12 | Możliwość ustawienia parametrów przebiegu: prędkości, czułości i intensywności wydruku | TAK\* |  |
| 13 | Kolorowy wyświetlacz LCD min.7" umożliwiający jednoczesne wyświetlanie min. 12 krzywych EKG | TAK\* |  |
| 14 | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka" sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do baz | TAK |  |
| 15 | Pamięć wewnętrzna do przechowywania min. 1000 zapisów EKG z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku | TAK |  |
| 16 | Możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG | TAK |  |
| 17 | Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca- dźwiękowa sygnalizacja | TAK\* |  |
| 18 | Sygnalizacja odłączonych odprowadzeń niezależna dla każdego kanału | TAK\* |  |
| 19 | Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm | TAK\* |  |
| 20 | Prędkość zapisu: minimum 5 ; 10; 25; 50 mm/s | TAK\* |  |
| 21 | Czułość wydruku: minimum 2,5; 5; 10; 20 mm/Mv | TAK |  |
| 22 | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230V 50 Hz i z wbudowanego w aparat bezobsługowego akumulatora | TAK |  |
| 23 | Zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | TAK |  |
| 24 | Min. trzy porty USB | TAK |  |
| 25 | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz na kanał | TAK |  |
| 26 | Możliwość przyjmowania zleceń na wykonanie badania i odsyłania wyników w standardzie HL7 poprzez sieć Internet | TAK |  |
| 27 | EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku (pamięć USB) | TAK |  |
| 28 | Możliwość przełączenia aparatu w tryb wydruku w układzie Cabrera | TAK |  |
| 29 | Wózek zapewniający bezpieczne ergonomiczne zamocowanie i mobilność aparatu z możliwością blokady kół wyposażony w min. jeden pojemnik na akcesoria | TAK |  |
| 30 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK\* |  |
| 31. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

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

**PAKIET NR 3 pozycja 1 – Podoskop komputerowy z oprogramowaniem i osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 kpl. |  |
| VI | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany i wskazany do oceny** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Wymiary 44 x 13,5 x 66 cm +/- 3 cm | TAK\* |  |
| 2 | Metalowa obudowa | TAK |  |
| 3 | Guzik blokujący pracę skanera | TAK |  |
| 4 | Przełączniki zasilania | TAK |  |
| 5 | Przetwornik CCD z zimną katodą (1600 DPI) +/- 3 DPI | TAK\* |  |
| 6 | Możliwość wykonywania pomiarów w oświetlonym pomieszczeniu | TAK\* |  |
| 7 | Możliwość rotowania osi pomiaru | TAK |  |
| 8 | Oprogramowanie umożliwiające: |
| 9 | Tworzenie bazy danych pacjentów | TAK\* |  |
| 10 | Zapisanie wywiadu klinicznego | TAK\* |  |
| 11 | Dodawanie plików (np. PDF lub JPG) do utworzonego pacjenta | TAK\* |  |
| 12 | Generowanie kilku raportów w jednym miejscu z badań na innym pokrewnym urządzeniu | TAK |  |
| 13 | Porównywania ze sobą badań w jednej zakładce | TAK |  |
| 14 | Tworzenie kopii zapasowej bazy danych | TAK |  |
| 15 | Tworzenia kont użytkowników | TAK |  |
| 16 | Import i eksport badań | TAK\* |  |
| 17 | Tworzenie kalendarza wydarzeń | TAK |  |
| 18 | Wykonywanie manualnych pomiarów:a) pojedynczej linii wyznaczającej odległość oraz kąt pomiędzy wyznaczoną linią a poziomemb) wyznaczanie kątów | TAK |  |
| 19 | Wyznaczanie drogi pomiarów | TAK |  |
| 20 |  Liczenie automatyczne parametrów:a) długość stopy (mm)b) rozmiar obuwiac) szerokość przodostopia (mm)d) długość łuku (mm)e) szerokość tyłostopia (mm)f) długość tyłostopia (mm)g) kąt podeszwowy (mm)h) kąt metatarsalny (mm) | TAK\* |  |
| 21 | Obliczanie dla widoku 2D:a) kąta każdej ze stóp b) kąta koślawości i szpotawości palucha każdej stopy | TAK |  |
| 22 | Wizualizacji: normalnej, kolorowej, w skali szarości | TAK |  |
| 23 | Wydruk w skali 1:1 | TAK\* |  |
| 24 | Opcja umożliwiająca wydruk z kilku zakładek na raz | TAK\* |  |
| 25 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| 27 | Komputer - urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2022 lub nowszy: | 1 szt. |  |
| 27a | Komputer z poz. 27 zdolny do współpracy z urządzeniem wskazanym w pkt. II oraz oprogramowaniem wskazanym w punktach 8-24 | TAK, podać jaki |  |

**PAKIET NR 3, pozycja 2 – Platforma sił reakcji podłoża z oprogramowaniem i osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 kpl. |  |
| VI | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany i wskazany do oceny** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Powierzchnia aktywna czujników min.1800mm x500mm +/- 3 cm | TAK\* |  |
| 2 | Wymiary całkowite platformy sił reakcji podłoża min. 1835mm x 700mm +/- 3 cm | TAK\* |  |
| 3 | Waga platformy max. 20kg +/- 3 kg | TAK\* |  |
| 4 | Czujniki rezystancyjne pokryte 24 karatowym złotem | TAK\* |  |
| 5 | Czujniki pokryte przewodzącą gumą | TAK\* |  |
| 6 | Czujniki rezystancyjne o kształcie kwadratowym | TAK\* |  |
| 7 | Dodatkowa Kamera min. Full HD | TAK\* |  |
| 8 | Dwie pasywne ścieżki o wymiarach min. 700mm x1000mm +/- 3 cm | TAK\* |  |
| 9 | W zestawie komplet zasilaczy i kabli do połączenia z komputerem | TAK\* |  |
| 10 | Temperatura pracy 0°C - 55°C | TAK\* |  |
| 11 | Częstotliwość próbkowania w dynamice min. 200 Hz w czasie rzeczywistym | TAK\* |  |
| 12 | Częstotliwość próbkowania w statyce min. 150 Hz | TAK\* |  |
| 13 | Interfejs USB | TAK\* |  |
| 14 | Maksymalne obciążenie 150N/cm2 | TAK\* |  |
| 15 | Wytrzymała metalowa obudowa całej platformy | TAK\* |  |
| 16 | Oprogramowanie współpracujące ze scanerem 2D oraz programem do projektowania wkładek frezowanych | TAK\* |  |
| 17 | Oprogramowanie pozwalające na: |
| 18 | Obsługę platformy sił reakcji podłoża, podoskanery, kamery HD. | TAK\* |  |
| 19 | Analizę posturalną z wykorzystaniem kamery HD | TAK\* |  |
| 20 | Współpracę z bieżnią baropodometryczną | TAK\* |  |
| 21 | Rozbudowaną analizę statyczną i dynamiczną sił reakcji podłoża | TAK\* |  |
| 22 | Analizę posturalna statyczną i dynamiczną z wykorzystaniem Videografii 2D | TAK\* |  |
| 23 | Wykonanie testów stabilograficznych/posturograficznych | TAK\* |  |
| 24 | Wykonanie testu Romberga | TAK\* |  |
| 25 | Tworzenie bazy pacjentów | TAK\* |  |
| 26 | Wykonanie aktualizacji online | TAK\* |  |
| 27 | Zmianę osi wykonywanego badania | TAK |  |
| 28 | Rozbudowane gotowe analizy statystyczne | TAK |  |
| 29 | Tworzenie automatycznych raportów pisanych zdaniami | TAK |  |
| 30 | Możliwość wydruku wyniku plantokonturograficznego w skali 1:1 | TAK |  |
| 31 | Zdalną archiwizację online po przeprowadzonych badaniach | TAK |  |
| 32 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 33 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| 34 | Komputer - urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2022 lub nowszy: | 1 szt. |  |
| 35 | Zdolny do współpracy z urządzeniem wskazanym w punkcie II oraz oprogramowaniem wskazanym punkcie 16 | TAK, podać jaki |  |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.4** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 4 - Łóżko pacjenta elektryczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 kpl. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany i wskazany do oceny** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Łóżko posiadające zewnętrzną ramę z segmentami umieszczonymi wewnątrz ramy leża. Rama łóżka wykonana z kształtowników stalowych o wymiarach min. 4 x 3 cm, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK, podać\* |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne łóżka:- Długość całkowita: 2120 mm, (+/- 20 mm)- Szerokość całkowita bez barierek bocznych: 830 mm, (+/- 20 mm)- Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 930 mm (wymiar leża 800 x 2000mm) | TAK, podać\* |  |
| 3 | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko przed uderzeniami i otarciami podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej | TAK\* |  |
| 4 | Elastyczne listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami i zarysowaniami umieszczone na dwóch szczeblach barierki | TAK\* |  |
| 5 | Łóżko wyposażone w metalowe uchwyty trzymające materac przy min. dwóch segmentach | TAK\* |  |
| 6 | Szczyty łóżka chromowane, łatwo odejmowane wypełnione wysokiej jakości płytą HPL o grubości 10 mm (± 2 mm), odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Wypełnienie szczytów wyjmowane bez użycia narzędzi. Dodatkowo szczyt wyposażony w akrylową tabliczkę imienną montowaną do rury szczytu | TAK, podać\* |  |
| 7 | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK, podać\* |  |
| 8 | Leże wypełnione płytami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. | TAK, podać\* |  |
| 9 | W narożnikach leża od strony wezgłowia tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki. | TAK, podać\* |  |
| 10 | Regulacja kąta leża bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej:- segment oparcia pleców w zakresie: 0 – 720 (± 20),- segment oparcia uda w zakresie: 0 - 34° (±2°). | TAK, podać\* |  |
| 11 | Regulacja segmentu podudzia ręczna, wspomagana mechanizmem zapadkowym. | TAK\* |  |
| 12 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: 400 - 800 mm (± 30 mm) - dokonywana za pomocą pilota przewodowego. | TAK, podać\* |  |
| 13 | Przechyły wzdłużne  uzyskiwane za pomocą  sprężyny gazowej z blokadą. Dźwignia zwalniająca umieszczona pod ramą leża od strony nóg, uniemożliwiając dostęp dla leżącego pacjenta, w zakresie:- Kąt przechyłu Trendelenburga:  0 - 18° (± 2°),- Kąt przechyłu anty-Trendelenburga:  0 - 18° (± 2°). | TAK, podać\* |  |
| 14 | Łóżko wyposażone w przedłużenie leża o min. 20 cm | TAK\* |  |
| 15 | Łóżko wyposażone w półkę na pościel znajdującą się w części nożnej nie wystającej po złożeniu poza obrys łózka. | TAK\* |  |
| 16 | Podstawa łóżka jezdna, wyposażona w 4 koła o średnicy min. 125 mm, zaopatrzone w centralną blokadę kół oraz blokadę kierunkową. Koła umieszczone w tworzywowej obudowie. | TAK, podać\* |  |
| 17 | Łóżko przystosowane do zamontowania barierek bocznych, ramy wyciągowej, uchwytów na basen oraz kaczkę. | TAK\* |  |
| 18 | Bezpieczne obciążenie min. 225 kg | TAK, podać\* |  |
| 19 | Elementy wyposażenia łóżka:- Barierki lakierowane proszkowo, wykonane z 3 profili stalowych owalnych o wysokości min. 40 mm i grubości min. 20mm składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku. Spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52. Wysokość barierki liczona od płyty Wypełniającej leże  min. 400mm- Wieszak kroplówki- Materac wysokość min. 12cm dopasowany do rozmiarów leża (gąbka w pokrowcu z tkaniny). Gęstość pianki min. T-40kg/m3, i twardości max. 4.5kPa. Osłona z zamkiem błyskawicznym min. z 2 stron (zapięcie w kształcie „L”), chroniąca cały materac, wykonana z włókna tekstylnego, pokrytego czystym przepuszczającym parę wodną poliuretanem, bez PVC. Osłona na materac powinna być odporna na przemakanie, zanieczyszczenia (wydaliny i wydzieliny organiczne), przenikanie mikroorganizmów, wytrzymała, elastyczna odporna na ścieranie. Łatwa do dezynfekcji i prania, nie zmieniająca swych parametrów pod wpływem środków chemicznych (wytrzymałość na alkohole, środki czyszczące, środki dezynfekcyjne, oleje i smary zawartość formaldehydu) i wysokie temperatury (pranie na gorąco 95°C, suszenie w bębnie – 100°C). Możliwość czyszczenia w komorach myjących (para-próżnia para) w temp. 100 stopni pokrowca). | TAK |  |
| 20 | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym szary. | TAK, podać |  |
| 21 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 22 | Jeden z poniższych certyfikatów:- Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny  potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiamilub- Certyfikat ISO 13485:2012 lub równoważny potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK, podać |  |
| 23 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
| 24 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.5** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 5** – **Kardiomonitor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany i wskazany do oceny** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 kpl. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany i wskazany do oceny** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Budowa monitora kompaktowa lub modułowo – kompaktowa | TAK |  |
| 2 | Przekątna ekranu min 12 caliRozdzielczość min. 1024 x 768 pikseli | TAK\* |  |
| 3 | Sterowanie pokrętłami, przyciskami lub za pomocą ekranu dotykowego | TAK, określić rodzaj sterowania\* |  |
| 4 | Ilość odprowadzeń min 3 z wymaganą możliwością rozbudowy o funkcjonalność 12-odprowadzeniowego EKG w przyszłości | TAK, podać ilość\* |  |
| 5 | Rodzaj saturacji: podstawowy | TAK\* |  |
| 6 | Ilość pomiarów temperatury: min. 1 | TAK\* |  |
| 7 | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min. 4 h | TAK\* |  |
| 8 | Nieinwazyjny, ciągły pomiar ciśnienia tętniczego | TAK\* |  |
| 9 | Stojak jezdny wyposażony w rolki lub koła z możliwością hamowania oraz uchwyt do popychania | TAK\* |  |
| 10 | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny | TAK\* |  |
| 11 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 12 | Opisy przycisków, pokręteł, ekran dotykowy wraz polami funkcyjnymi w języku polskim | TAK |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 14 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.6** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 6 - Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 3 kpl. |  |
| VI | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | 2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | TAK\* |  |
| 2 | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°) | TAK\* |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką | TAK\* |  |
| 4 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK\* |  |
| 5 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | TAK |  |
| 6 | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej | TAK\* |  |
| 7 | Relingi do zamocowania pasów oraz uchwyt na ręcznik montowany do stołu | TAK |  |
| 8 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm) | TAK\* |  |
| 9 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | TAK |  |
| 10 | System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego | TAK |  |
| 11 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu | TAK |  |
| 12 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron | TAK |  |
| 13 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 14 | Wymiary max. dł. 202 x wys.50-101 x szer.64 cm tolerancja +/-3 cm) | TAK\* |  |
| 15 | Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg | TAK\* |  |
| 16 | System jezdny, składającym się z 4 małych kółek (na każdym rogu stołu 1) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek | TAK\* |  |
| 17 | Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go | TAK |  |
| 18 | Zagłówek krótki maksimum 46 cm (tolerancja +/-3 cm ) | TAK |  |
| 19 | Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych | TAK |  |
| 20 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski (dotyczy łózka) | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| 21 | **Lampa bezcieniowa:** | **1 szt** |  |
| 22 | Intensywność światła 105 klx +/-5% | TAK, podać\* |  |
| 23 | Temperatura barwowa między 4000K - 4750K | TAK, podać\* |  |
| 24 | Średnica oświetlanego pola w odległości 50 cm Ec (d10)- 150 mm +/-5% | TAK, podać\* |  |
| 25 | Maksymalne promieniowanie 294 W/m2 | TAK\* |  |
| 26 | Promieniowanie/naświetlenie 3,09 mW/m2lx | TAK\* |  |
| 27 | Kontrola oświetlenia 25 – 100% w kilku krokach | TAK\* |  |
| 28 | Wózek do lampy na kołkach | TAK |  |
| 29 | Min 2 kółka z hamulcem | TAK, podać\* |  |
| 30 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dotyczy lampy) | TAK |  |
| 32 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski (dotyczy lampy) | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**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***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4** |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu 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.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 12-TP-23 |

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

*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 V SWZ.**
3. **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z art. 1 pkt 3 i 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, tzn. nie jestem:**

**a) wykonawcą wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;**

**b) wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;**

**c) wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.**

1. **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 1) - 2) niniejszego oświadczenia).*

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 zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 3) niniejszego oświadczenia).*
2. **\*Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu (jeśli dotyczy).**
3. **\***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 ww postępowania o udzielenie zamówienia oraz spełnia on warunki udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim powołuje się na jego zasoby. **W załączeniu oświadczenie w/w podmiotu zgodnie z art. 125 ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Zał. 4A).**
4. **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 do reprezentacji Wykonawcy***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4A** |
| **OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU W ZAKRESIE W JAKIM WYKONAWCA POWOŁUJE SIĘ NA JEGO ZASOBY**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp w postępowaniu 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.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 12-TP-23 |

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

*Podmiot udostępniający zasoby*

W związku z zobowiązaniem się do oddania do dyspozycji na rzecz Wykonawcy tj.:

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

(nazwa i adres Wykonawcy, któremu zostaną udostępnione zasoby)

na potrzeby postępowania o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest dostawa sprzętu oraz wyposażenia medycznego do Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie sp. z o.o.

**1)** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

**2)** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z art. 1 pkt 3 i 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, tzn. nie jestem:

a) wykonawcą wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

b) wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

**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 art. wymienionych w pkt.1) niniejszego oświadczenia).*

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

**4) \***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 2) niniejszego oświadczenia).*

**5)** Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu, odpowiednio w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby.

**\*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 Pakietów 2, 4, 5 – urządzeń medycznych d.2) dla Pakietów 1, 3, 6 – urządzeń rehabilitacyjnych lub medycznych 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: 12-TP-23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa, adres i telefon Odbiorcy** | **Opis przedmiotu zamówienia: należy podać realizowane dostawy oraz wskazać rodzaj****sprzętu** | **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 PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ** |

……………………………………

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 12-TP-23**

**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 na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 12-TP-23

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. z 2021 r., poz. 275) 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. z 2021r., poz.275) 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** |

*………………………………………*

/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 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.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 12-TP-23 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/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 8** |
| **Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego 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.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 6 Pakietów – oferty częściowe –** **Znak: 12-TP-23”** |

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

*Wykonawca*

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust.1 ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

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

2) Art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego;

3) Art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji;

4) Art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp;

5) w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 109 ust. 1 pkt 1, 5, 7 ustawy Pzp

są aktualne.

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