**Załącznik nr 1**

**ZP 51/23 Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego) należy dołączyć do oferty (załącznik do Formularza ofertowego) w wersji elektronicznej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykaz przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **szt.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Stawka podatku VAT**  **(w %)** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** |
|  | Defibrylator | 2 |  |  |  |  |  |

**Cena netto (bez VAT )................................................................**

**Słownie zł....................................................................................**

**cena brutto (z VAT)......................................................................**

**Słownie.........................................................................................**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

(szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)

**Tabela nr 1 . Zestawienie parametrów wymaganych (granicznych) - Defibrylator**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY** | **WYMOGI**  **(warunki/parametry graniczne)** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”.** |
|  | Producent/kraj | Podać | Podać |
|  | Model/typ | Podać | Podać |
|  | Rok produkcji 2023 urządzenie fabrycznie nowe, nieużywany, , przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym | Podać | Podać |
|  | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji (tryb manualny oraz AED) | Tak | Podać |
|  | Masa defibrylatora wyposażonego w łyżki do defibrylacji zewnętrznej, akumulator, rejestrator – max. 6,5 kg | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IP44 | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Uchwyt na ramę łóżka | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Opisy na urządzeniu, menu oraz komunikacja z użytkownikiem w języku polskim. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie poniżej 4 godzin | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci wraz z aparatem | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wbudowany akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi, ze wskaźnikiem stopnia jego naładowania. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Czas pracy na akumulatorze min. 300 minut monitorowania | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230V | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Automatycznie, codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora przy zamontowanym akumulatorze, łyżkach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wydruk testu potwierdzającego jego wykonanie. Na wydruku: data/godzina, numer seryjny aparatu, wynik testu. Dostępne archiwum przeprowadzonych testów z możliwością ponownego wydruku. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Możliwość rozbudowy na dzień składania ofert  - o Łączność przewodowa (LAN) Obsługa:  - standardu HL7  - protokołów: TCP/IP (IPv4 i IPv6)  - adresowania IP: dynamicznie i statycznie  - serwerów DNS  - ochrony danych | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Przesyłane dane do CMS:   * Informacje o pacjencie * Informacje o urządzeniu * Informacje o konfiguracji * Krzywe * Parametry monitorowania * Alarmy i komunikaty z podpowiedziami * Data i godzina * Tryb pracy * Raportu EKG * Podsumowana testów użytkownika | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Możliwość rozbudowy na dzień składania ofert  - o transmisję bezprzewodową  -Możliwość zarządzania danymi oraz ich przesyłania poprzez obsługę sieci bezprzewodowych WLAN min: 802.11 a/b/g/n (2,4 i 5 GB) | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Możliwość rozbudowy o czujnik RKO – czujnik monitorowania uciśnięć z wyświetlaniem parametrów jakości RKO, w tym krzywej głębokości uciśnięć na ekranie urządzenia | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Ekran kolorowy LCD typu TFT o przekątnej minimum 7’’ | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej | Tak |  |
|  | Wbudowana drukarka/rejestrator termiczny | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Eksport zarchiwizowanych danych za pomocą pamięci typu Pendrive | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykonania kardiowersji. Synchronizacja z zapisem EKG z łyżek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 2 do 360 J | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykonania defibrylacji wewnętrznej. Dostępne min. 3 rozmiary łyżek: dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykonania defibrylacji tylko przy zasilaniu z sieci elektrycznej (np. przy uszkodzonym akumulatorze). | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Czas ładowania do energii 200J max. 3 sekund | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnie z aktualnymi wytycznymi PRC/ERC/AHA | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Aktualizacji protokołu AED | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Energia defibrylacji w trybie AED dla dzieci i dorosłych w zakresie min. od 50 do 360J | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 50 do 360J | Tak | . xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. W zestawie komplet elektrod radiotransparentnych dla dorosłych (o wadze min. 25 kg). | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta dostępny na łyżkach i na ekranie defibrylatora. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Analiza arytmii - algorytm uwzględniający wiek pacjenta | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-300 B/min. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wybór odprowadzeń z: elektrod ekg, łyżek defibrylacyjnych, jednorazowych elektrod do defibrylacji/stymulacji | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora - CF | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Złącze - wejście synchronizujące sygnał ekg z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Pomiar respiracji metodą impedancyjną | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zakres pomiaru od min. 0-200 odd./min. z rozdzielczością 1 odd./min. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Czas alarmu bezdechu od min. 10-40 sek. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wyświetlana krzywa respiracji na ekranie defibrylatora z możliwością wyłączenia | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Tryby stymulacji: sztywny oraz na żądanie | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp./min | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Ustawienia czasu impulsu stymulacyjnego, do wyboru: 20 ms lub 40 ms. | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zakres pomiaru saturacji min. 1-100 % z rozdzielczością 1% | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Zakres pomiaru pulsu min 20-300 uderz./min z rozdzielczością 1 uderz./min | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych oraz dzieci -lecie czujniki po min 1 sztuce | Tak | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Przeglądy techniczne (należy podać częstotliwość przeglądów w przypadku wymaganych przeglądów technicznych) | Tak | Podać |
|  | DTR w języku polskim i angielskim, w formie pisemnej i elektronicznej  (PDF) | Tak. Wraz z dostawą urządzenia | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) na podstawie ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych | Tak. Przedstawić dokument  autoryzacji wraz z dostawą | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych: nazwa firmy, adres, email, telefon | Tak | Podać |

**Wykonawca wypełni tabele zgodnie z wymogiem Zamawiającego. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp. Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”**

**Tabela nr 2 - Zestawienie parametrów ocenianych (w ramach kryterium oceny ofert: okres udzielonej gwarancji)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry oceniane** | **WYMOGI**  **TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY**  **TAK/NIE** | **Punktacja** |
|  | Programowanie automatycznie, codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora przy zamontowanym akumulatorze, łyżkach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). Możliwość ustawienia pełnej godziny wykonania testu w zakresie 1:00 – 24:00. | Tak/Nie | Podać:………..  W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Defibrylator odporny na upadek z wysokości min. 70 cm | Tak/Nie | Podać:………..  W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Okres udzielonej gwarancji | min: 12 miesięcy | Wykonawca poda:….…….  W przypadku braku informacji o gwarancji Zamawiający przyjmuje min 12 miesięcy | Okres gwarancji **12 miesięcy - 0 pkt.**  Okres gwarancji **24 miesiące - 10 pkt**  Okres gwarancji **36 miesięcy - 20 pkt**  .  . |

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Wykonawca oświadcza, że zaproponowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w SWZ, wymienione w tabeli.**

**Zakres zamówienia obejmuje: zakup i dostawę oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

**Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest/są :………………………..… (imię, nazwisko, telefon**

**Załącznik nr 2 (stanowi treść oferty)**

**ZP 51/23**

FORMULARZ OFERTOWY

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie: **trybie przetargu nieograniczonego**

Przedmiot zamówienia**: -**  **Dostawa defibrylatorów – 2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem**

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE\*

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna)**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………**

**Telefon:……………………………**

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1. ……………………………….. ……………………………….
2. ………………………. …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Cena ………………..………. bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT....................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................

b) z VAT ........................................................................................................................ Słownie.............................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%)............................................................................................

**Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia, musi być zgodna z częścią asortymentowo – cenową, zawartą w załączniku nr 1 dla danego pakietu/ów**

1. **Pozostałe wymagane informacje do sporządzenie umowy:**

**a) Termin płatności: 30 dni**

**b) Termin dostawy : do 8 tygodni od podpisania umowy**

**Wpisać termin dostawy jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje że termin dostawy wynosi do 8 tygodni od podpisania umowy , podać w tygodniach) ………….**

1. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.**

*……………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*

*…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*

*……………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**

oferowany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego  **przedmiot zamówienia**

1. spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego,
2. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte określone przez Zamawiającego.
3. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą,
4. uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
5. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego.
6. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

1. **Tajemnica przedsiębiorstwa:** TAK/NIE\*\*

**…**…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………...**\***

\*W przypadku odpowiedzi TAK, Wykonawca wskaże te informacje i dokumenty które zawierają informację stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj można podać numer stron/nazwy złożonych dokumentów/nazwy plików zawierających takie informacje itd.) Informacje i dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa należy złożyć zgodnie z SWZ (Cześć II Komunikacja).

\*\*Braku jakiejkolwiek odpowiedzi oznacza że wszystkie załączniki do oferty są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2023 r.

**Załącznik nr 3 do SWZ (złożyć z ofertą)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr. NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **dostawa defibrylatorów – 2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: zastosować, gdy zachodzą przesłanki wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 , a wykonawca korzysta z procedury samooczyszczenia, o której mowa w art. 110 ust. 2 ustawy Pzp] Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze i zapobiegawcze: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

\*Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, 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 podlega/ją** wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia

\*UWAGA: w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie powołuje się na zasoby innych podmiotów.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…\* *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, **nie podlega/ą** wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

\*UWAGA: w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia podwykonawcy.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

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

**UWAGA**

**W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia składa każdy z wykonawców.**

**Załącznik nr 3A – wzór oświadczenia w zakresie zakazu udziału podmiotów rosyjskich (złożyć z ofertą)**

**Zamawiający:** Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia – zakaz podmiotów rosyjskich**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH W ART. 107 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U . poz. 835)**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postepowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **dostawa defibrylatorów -2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem** , na podstawie art. 7 ust 1 lit – a-c ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U . poz. 835) *[[2]](#footnote-2)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję, że podmiotowe środki dowodowe w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835), można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych.

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

**UWAGA**

**W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia w zakresie zakazu podmiotów rosyjskich składa każdy z wykonawców.**

**Załącznik nr 3B – wzór oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby (złożyć z ofertą- o ile dotyczy)**

**Zamawiający:** Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **-**  **Dostawa defibrylatorów – 2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem oświadczam, co następuje:**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA:**

* 1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.
  2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(Dz. U. poz. 835)[[3]](#footnote-3).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję, że podmiotowe środki dowodowe w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835), można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych,

**Załącznik nr 4**

**ZP 51/23 Wykonawca dostarczy na wezwanie**

**Wykonawca**

**………………………..**

**………………** data

Nazwa, adres

**Dotyczy postępowania na:**

**Dostawa defibrylatorów – 2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(w zakresie art. 108 ust 1 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje

**Niniejszym oświadczam (-y), że:**

- **nie należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę \*

- **należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,

*(należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej)\*:*

1) ……………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………….

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik Nr 5 do SWZ (dostarczyć na wezwanie)**

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu , o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy pzp**

(§3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROZWOJU, PRACY I TECHNOLOGII z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy Dz.U.2020.2415)

**Oświadczam iż, Informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**: **Zakup, dostawa rejestratorów holterowskich EKG wraz z aktualizacja posiadanego przez Szpital oprogramowania i licencji** **o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp -**  **są nadal aktualne.**

**Ponadto:** oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu złożonym wraz z ofertą w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie podstaw wykluczenia art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, dodanym Rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.04.2022 r. str. 1) 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 są nadal aktualne - są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Załącznik nr 6 *(złożyć z ofertą)***

**ZP 51 /23**

**Przedmiot : -**  **Dostawa defibrylatorów – 2 szt. wraz z montażem uruchomieniem i przeszkoleniem**

**……………………….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczenie że oferowany przedmiot zamówienia został dopuszczony do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych) i został dopuszczony do obrotu i stosowania przez podmioty lecznicze (certyfikaty CE / deklaracje zgodności) zgodnie z przepisami ww. ustawy i wymaganiami określonymi w [rozporządzeni](https://sip.lex.pl/#/document/68928830?cm=DOCUMENT)u Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych , zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem 2017/745", oraz [rozporządzenia](https://sip.lex.pl/#/document/68928831?cm=DOCUMENT) Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 176, z późn. zm.), zwanego dalej "[rozporządzeniem](https://sip.lex.pl/#/document/68928831?cm=DOCUMENT) 2017/746"

**Dodatkowo oświadczam, że dostarczę po podpisaniu umowy, wraz z pierwszą dostawą oraz na każde żądanie Zamawiającego -aktualny dokument dopuszczający zaoferowane dostawy do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem.**

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). [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z treścią 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, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, 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 wpisana 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;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z treścią 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*,* zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, 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 wpisana 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;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, 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. [↑](#footnote-ref-3)