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

**OFERTA**

# na dostawę i montaż urządzeń robotycznych do rehabilitacji dla pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.

# w podziale na 3 Pakiety – oferty częściowe

# Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego – Znak: 13-PN-23

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

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

**REGON**: ................................. **NIP:** .............................................**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 – 3.3 i 2.1 -2.3 do SWZ),

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

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

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 90 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 przetargu 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 nie podlegamy wykluczeniu z powodu jednej z okoliczności 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.

12/ 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).***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr  pakietu | Cena netto  (zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto  (zł) |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

**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)

14/ 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 \***

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

**16/ 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) – do 30 dni (słownie: trzydziestu)

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY…………………………………………….**

**III. WADIUM:**

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

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

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

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

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

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

**V. PODWYKONAWCY:**

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

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

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam, że **jesteśmy** mikro/ małym/ średnim/ dużym przedsiębiorstwem/ jednoosobową działalnością gospodarczą/ os. fiz. nieprowadzącą działalności gospodarczej/ inne…………. (wpisać status przedsiębiorstwa), jeśli Wykonawcy występują wspólnie proszę powielić zapis)1 \*

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, 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 | Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii ciała wraz z wyposażeniem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

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

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

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, 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: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

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

Cena musi obejmować:

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

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

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, 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 (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Rękawica do rehabilitacji dłoni, nadgarstka, kończyny górnej | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

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

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

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, 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** – **Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii ciała**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2023 |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Jeden robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | TAK\* |  |
| 2 | Robot umożliwiający wykonywanie ćwiczeń:   * biernych * siłowych * z oporem dynamicznym (zokinetyczne, izotoniczne, elastyczne) | TAK |  |
| 3 | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | TAK |  |
| 4 | Wbudowana funkcjonalność generowania zrobotyzowanego ruchu wspomaganego lub czynnego wyzwalanego poprzez aktywność elektryczną mięśni wykrywaną powierzchniowo - elektromiografię (reaktywna elektromiografia) | TAK |  |
| 5 | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | TAK\* |  |
| 6 | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, biodra, kolana, stopy, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom | TAK\* |  |
| 7 | Umożliwia przeprowadzanie treningu z użyciem biofeedbacku w postaci gier rehabilitacyjnych, realizowanego zarówno poprzez pozycje kończyny pacjenta (sterowaną poprzez opór dynamiczny) jak i sygnał elektromiograficzny | TAK |  |
| 8 | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta | TAK |  |
| 9 | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów) | TAK |  |
| 10 | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią internet oraz dostępność systemu operacyjnego | TAK |  |
| 12 | Integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego | TAK |  |
| 13 | Wbudowany elektromiograf w minimalnych parametrach pomiarowych:   * Ilość kanałów elektromiograficznych co najmniej 4, próbkowane jednoczesne * Szum linii podstawowej:   <0,5 μV RMS   * Szum odniesienia na wejściu:   10 μVpp (10 sekund danych surowych)   * Częstotliwość próbkowania elektromiografii:   1 000 próbek na sekundę na kanał   * Rozdzielczość wewnętrzna: 24 bity * Współczynnik CMRR elektromiografii: -73dB * Impedancja wejściowa elektromiografii: 10MΩ * Czułość elektromiografii: 1μV RMS | TAK |  |
| 14 | Dokładność pomiarowa czujników siły lub dynamometrów:  Dokładność pomiaru momentu obrotowego ± 0,2 Nm | TAK |  |
| 15 | Dokładność pozycji obrotu głowicy ± 2°  Maksymalna prędkość obrotowa: co najmniej 50 °/s | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |
| 17 | Paszport techniczny (przy dostawie) | TAK |  |
| 18 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 19 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| 1. **II. Wyposażenie robota:** | | | |
| 1. 20 | Końcówka do kończyny górnej | TAK |  |
| 1. 21 | Końcówka do kończyny dolnej | TAK |  |
| 1. 22 | Końcówka do stopy | TAK |  |
| 1. 23 | Końcówka do przedramienia | TAK |  |
| 1. 24 | Końcówka do barku | TAK |  |
| 1. 25 | Kierownica | TAK |  |
| 1. 26 | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | TAK |  |
| 1. 27 | Przewód zasilający dł. min. 10 m (IEC C13, 250V) | TAK |  |
| 1. 28 | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. min. 1,5m | TAK |  |
| 1. 29 | Gry rehabilitacyjne | TAK |  |
| 1. 30 | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12“ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | TAK |  |
| 1. 31 | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | TAK |  |
| 1. 32 | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (po 50 szt. każda) | TAK |  |
| **Wyposażenie: Wielofunkcyjny fotel z elektryczną regulacją, do badań i zabiegów w pozycji siedzącej lub leżącej** | | | |
| 1. 33 | Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia.  Kąt nachylenia podnóżka min. w zakresie: 15⁰ - 90⁰ | TAK\* |  |
| 1. 34 | 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta | TAK |  |
| 1. 35 | Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów | TAK |  |
| 1. 36 | Uchwyt dłoni z możliwością regulowania wysokości i kąta | TAK |  |
| 1. 37 | Stabilizujący pas udowy | TAK |  |
| 1. 38 | Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia | TAK |  |
| 1. 39 | Łatwe dostosowanie do różnych pozycji pacjenta | TAK |  |
| 1. 40 | Podłokietnik - podpórka przedramienia z pasami stabilizującymi | TAK |  |
| 1. 41 | Regulowana głębokość siedziska min. w zakresie 450-570 mm | TAK |  |
| 1. 42 | Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm | TAK\* |  |
| 1. 43 | Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. w zakresie: 87⁰ - 0⁰ | TAK\* |  |
| 1. 44 | Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min. w zakresie: 0⁰- 20⁰ | TAK\* |  |
| 1. 45 | Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. w zakresie: 490-890 mm | TAK\* |  |
| 1. 46 | Pilot do sterowania fotelem | TAK |  |
| 1. 47 | Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny | TAK\* |  |
| 1. 48 | Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia | TAK |  |
| 1. 49 | Maksymalna masa ciała pacjenta: 135 kg | TAK |  |
| 1. 50 | Wysokość całkowita: 1320-1720 mm | TAK |  |
| 1. 51 | Długość całkowita: 1200 mm (złożone podnóżki), 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | TAK |  |
| 1. 52 | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |
| 1. 53 | Paszport techniczny (przy dostawie) | TAK |  |
| 1. 54 | zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 1. 55 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| **Wyposażenie: Mobilny elektromiograf z elektrostymulacją wyzwalaną do rehabilitacji** | | | |
| 1. 56 | Elektrostymulacja:   * max 50V/100mA, * 10us-500us dla wszystkich kanałów, * 500us-10s dla wybranego kanału. * 4 kanały do użytku z elektrodami powierzchniowymi (z łączem typu snap) * 2 kanały do użytku z elektrodami wewnętrznymi (z łączem typu pin 2mm). | TAK\* |  |
| 1. 57 | Pomiary elektromiograficzne o dokładności +- 0,5 % w pełnym zakresie.   * 4 kanały do użytku z elektrodami powierzchniowymi (z łączem typu snap) * 2 kanały do użytku z elektrodami wewnętrznymi (z łączem typu pin 2mm). | TAK |  |
| 1. 58 | Poziom podstawowy szumu pomiarowego elektromiografii (baseline noise) < 0,5 uV | TAK |  |
| 1. 59 | Próbkowanie sygnału elektromiograficznego co najmniej 1000 próbek / sekundę | TAK |  |
| 1. 60 | Pomiar impedancji +-0,5 kOhm | TAK |  |
| 1. 61 | Kształty przebiegów elektrostymulacyjnych: prostokątny, trójkątny, sinusoidalny | TAK\* |  |
| 1. 62 | Połączenie poprzez WiFi i/lub Bluetooth | TAK |  |
| 1. 63 | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
| 1. 64 | Pas umożliwiający zamocowanie urządzenia podczas ruchu | TAK |  |
| 1. 65 | Możliwość współpracy z elektrodami powierzchniowymi oraz wewnętrznymi (dopochwowe, rektalne) | TAK |  |
| 1. 66 | Oprogramowanie umożliwiające:   * Tworzenie profili pacjentów i terapeutów * Tworzenie, wyświetlanie i edycję kont pacjentów * Połączenie bezprzewodowe z urządzeniem * Wyświetlanie listy ćwiczeń * Ustawianie linii progowej dla elektromiografii i wyzwalanej elektromiografią elektrostymulacji * Wyświetlanie podsumowania treningu * Tworzenie dopasowanych do użytkownika ćwiczeń * Wyświetlanie wykresów aktywności mięśniowej w czasie rzeczywistym * Korzystanie z predefiniowanych testów diagnostycznych, w tym Test Glazera * Korzystanie z predefiniowanych ćwiczeń opartych o EMG Biofeedback (programy treningowe włókien mięśniowych typu: I, IIa, Iib) * Prowadzenie elektrostymulacji funkcjonalnej, korzystając z predefiniowanych programów:   + Chwyć i puść   + Otwórz i zamknij rękę   + Sięganie ręką do twarzy * Przeprowadzenie elektrostymulacji wyzwalanej poprzez elektromiografię, korzystając z predefiniowanych programów: * Elektrostymulacja wyzwalana elektromiografią (EMG Triggered Electrical Stimulation) dla mięśni powierzchniowych * Gry rehabilitacyjne | TAK |  |
| 1. 67 | Akcesoria i wyposażenie:   * Prekonfigurowany tablet lub laptop do obsługi urządzenia * 5 paczek elektrod EKG/EMG (po 50 szt. każda) * 2 paczki elektrod elektrostymulacyjnych powierzchniowych 5x5 cm * Ładowarka baterii z możliwością jednoczesnego ładowania co najmniej 2 baterii jednocześnie | TAK |  |
| 1. 68 | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |
| 1. 69 | Paszport techniczny (przy dostawie) | TAK |  |
| 1. 70 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 1. 71 | 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 Wykonawcy osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

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

**PAKIET NR 2 – Urządzenie do rehabilitacji kończyny górnej z biofeedbackiem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. 2023 |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Kolumna z systemem jezdnym z zamocowanym do niej monitorem oraz klawiaturą | TAK\* |  |
| 2 | Mechanizm oparty o systemy linek prowadzący kończyny górne, zsynchronizowany z oprogramowaniem | TAK |  |
| 3 | Możliwość dostosowania odciążenia każdej z kończyn indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta | TAK\* |  |
| 4 | Oprogramowanie umożliwiające ćwiczenia oraz ocenę funkcjonalną kończyny górnej | TAK\* |  |
| 5 | Możliwość wykonywania ruchu w przestrzeni 3D | TAK\* |  |
| 6 | Możliwość wykonania pomiarów zakresu ruchu w obrębie stawu ramiennego i łokciowego:   * odwiedzenie i przywiedzenie w stawie ramiennym * zgięcie i wyprost w stawie ramiennym * zgięcie i wyprost w stawie łokciowym * odwiedzenie i przywiedzenie horyzontalne * rotacja zewnętrzna i wewnętrzna | TAK\* |  |
| 7 | Biofeedback w czasie rzeczywistym, oparty o informację wizualną i dźwiękową | TAK\* |  |
| 8 | Możliwość ustawienia różnego stopnia wspomagania dla każdej z kończyn, niezależnie dla łokcia i nadgarstka | TAK\* |  |
| 9 | Możliwość prowadzenia terapii interaktywnej w rzeczywistości wirtualnej | TAK\* |  |
| 10 | Możliwość prowadzeni treningu uni- i bilateralnego za pomocą urządzenia | TAK\* |  |
| 12 | Możliwość prowadzenia terapii na każdym etapie rehabilitacji | TAK\* |  |
| 13 | Dostosowywanie poziomu trudności ćwiczeń do indywidualnych możliwości pacjenta | TAK\* |  |
| 14 | Możliwość ćwiczeń przodem i tyłem do urządzenia | TAK\* |  |
| 15 | Podsumowanie wyników po każdej sesji terapeutycznej | TAK\* |  |
| 16 | Ćwiczenia funkcjonalne oraz trening w ramach koordynacji wzrokowo- ruchowej | TAK\* |  |
| 17 | Ustawienie urządzenia nad głową pacjenta | TAK\* |  |
| 18 | Możliwość wykorzystania dodatkowych rzeczywistych przedmiotów w trakcie wirtualnego treningu. | TAK\* |  |
| 19 | Możliwość ćwiczeń w jednej płaszczyźnie lub w wielu płaszczyznach | TAK\* |  |
| 20 | System składa się z:   * dwóch jednostek z silnikami, * ramy z systemem jezdnym, * komputera, * monitora, * myszki, * podstawy na myszkę i klawiaturę, * zestawu podpórek oraz pasków do podpięcia kończyn górnych * gogli VR | TAK\* |  |
| 21 | Oprogramowanie posiada zintegrowane moduły umożliwiające obsługę i wykorzystanie dodatkowych systemów do diagnostyki i rehabilitacji kończyn górnych i dolnych. Wspólna baza danych oraz spójne raporty systemów podłączonych do oprogramowania. Możliwość rozbudowy o moduły:   * moduł do rehabilitacji kończyny górnych i dolnych * moduł do oceny równowagi i postawy ciała | TAK\* |  |
| 22 | Moduł wirtualnej rzeczywistości z wykorzystaniem gogli 3D zsynchronizowanych z oprogramowaniem | TAK\* |  |
| 23 | Minimum 3 specjalnie programy zsynchronizowane z goglami 3D w dedykowanym oprogramowaniu do urządzenia | TAK\* |  |
| 24 | Wymiary urządzenia   * wysokość max. 250 cm * długość max. 130 cm * szerokość max. 100 cm | TAK\* |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim - wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 26 | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 27 | 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 Wykonawcy osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

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

**PAKIET NR 3 – Rękawica do rehabilitacji dłoni, nadgarstka, kończyny górnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. 2023 |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1. | Rękawica do rehabilitacji dłoni, nadgarstka, kończyny górnej | TAK |  |
| 2. | Ruch dłoni można obserwować na monitorze w postaci obrazu 3D | TAK\* |  |
| 3. | Posiada możliwość automatycznego wczytania danych z ostatniej sesji terapeutycznej. | TAK |  |
| 4. | Sprzęt aktywuje mechanizmy prostowania i zginania międzypaliczkowego śródręcza wszystkich palców dłoni | TAK |  |
| 5. | Oprogramowanie zawiera ćwiczenia:  a) pasywna mobilizacja  b) terapia obserwacji działania  c) ćwiczenia funkcjonalne  d) kompensacja wagi kończyny górnej  e) terapia obserwacji działania  f) interaktywne gry / dłoń  g) interaktywne gry / ręka  h) interaktywne gry / nadgarstek  i) ćwiczenia poznawcze | TAK\* |  |
| 6. | Posiada interaktywne gry które mogą skupiać się zarówno na palcach, jak i na ruchach nadgarstka i ręki. | TAK\* |  |
| 7. | Łatwe do dezynfekcji silikonowe rękawice są dostępne w 6 rozmiarach (XXS, XS, S, M, L, XL). Część wewnętrzna dłoni pozostaje niezakryta, aby ułatwić dopasowanie nawet w przypadku spastyczności, ograniczyć pocenie się i ułatwić pacjentowi chwytanie przedmiotów. | TAK\* |  |
| 8. | Urządzenie dostosowuję poziom trudności samodzielnie w oparciu o umiejętności pacjenta | TAK\* |  |
| 9. | Jedynym elementem łączącym dłoń pacjenta z urządzeniem jest 2-metrowa wiązka drutów mobilizacyjnych, zapewniająca pacjentowi maksymalną swobodę i komfort. Podczas terapii pacjent może wchodzić w interakcję z realnymi przedmiotami | TAK\* |  |
| 10. | Urządzenie pozwala terapeucie dostosować zakres ruchu każdego palca, prędkość ruchu, czas ćwiczenia efekty wizualne | TAK |  |
| 11. | Regulacja prędkości min. w zakresie: 6-20 mm/s | TAK, podać |  |
| 12. | Para dynamicznych podpór kompensujących ciężar ręki i ułatwiających ćwiczenia funkcjonalne | TAK\* |  |
| 13. | Czujniki do wykrywania aktywnych ruchów i grania w gry interaktywne | TAK\* |  |
| 14. | Interaktywne gry angażujące dłoń (zgięcie-prostowanie palców), nadgarstek (pronacja-supinacja, zgięcie-wyprost, odchylenie promieniowo-łokciowe) i ramię (w płaszczyźnie pionowej i poziomej: tył-przód, prawo-lewo, góra-dół) | TAK\* |  |
| 15. | Zawiera 5 liniowych siłowników elektrycznych. Każdy siłownik łączy się ze stalowym drutem. Druty pchają i ciągną, aby wygenerować zgięcie i wyprost palców | Tak, podać\* |  |
| 16. | Stół z regulacją wysokości, Kształt C; max 160x90cm +/- 3cm; Podnoszony na 2 kolumnach (w zakresie max? 58-103 cm);  Kolor blatu: szary | TAK\* |  |
| 17. | Wózek z szufladami do przechowywania rękawic i akcesoriów | TAK\* |  |
| 18. | Jednostka napędzająca (Wymiary: 53 x 44 x 105 cm; Waga max.: 25 kg; Napięcie robocze: 24 V; Prąd roboczy: max 6,5 A) | TAK, podać |  |
| 19. | Zestaw silikonowych palców + nakładki na końcówkę palca  1 szt. dla każdego rozmiaru silikonowego palca +nakładka na końcówkę palca; łącznie: 18 jednostek | TAK\* |  |
| 20. | Sprzęt do pracy ciągłej | TAK\* |  |
| 21. | 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 Wykonawcy osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4a** |
| **OŚWIADCZENIE**  **dot. art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) 833/2014 r. oraz 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**  w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę i montaż urządzeń robotycznych do rehabilitacji dla pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o., w podziale na 3 Pakiety – oferty częściowe – Znak: 13-PN-23 |

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 13-PN-23**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   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 (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 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 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[1]](#footnote-1)
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)*.*[[2]](#footnote-2)

*/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

**INFORMACJA**

**DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdz IV.1. SWZ polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: …………………………………... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, w następującym zakresie: ………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: …………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia:

…………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**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 następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:  
1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **WYKAZ DOSTAW**  **WYKAZ WYKONANYCH, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ POWTARZAJĄCYCH SIĘ LUB CIĄGŁYCH RÓWNIEŻ WYKONYWANYCH CO NAJMNIEJ JEDNEJ DOSTAWY** urządzeń robotycznych do rehabilitacji 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: 13-PN-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 Wykonawcy osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

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

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 13-PN-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 i montaż urządzeń robotycznych do rehabilitacji dla pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o., w podziale na 3 Pakiety – oferty częściowe – Znak: 13-PN-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 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 2021 r. 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 w trybie przetargu nieograniczonego **Znak: 13-PN-23** na dostawę na dostawę i montaż urządzeń robotycznych do rehabilitacji dla pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.”, w podziale na 3 Pakiety – oferty częściowe 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 Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 8** |
| **Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu** **na dostawę i montaż urządzeń robotycznych do rehabilitacji dla pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.”, w podziale na 3 Pakiety – oferty częściowe – Znak: 13-PN-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 Wykonawcy osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

1. Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

   obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

   osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

   osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

   w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia. [↑](#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,* 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)