**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

 **– ZAKUP APARATU OCT –**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Ilość zamawiana** | **MODEL**(PODAĆ) | **Producent** | **Wartość netto****( w PLN)** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto****( w PLN)**  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Aparat OCT | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie 7 wskazanych pracowników Zamawiającego potwierdzone stosownymi Certyfikatami | X | X | X |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | **- zł** | **- zł** | **- zł** |

 …………………………………

 (miejscowość i data)

 .............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY APARATU OCT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** |
|  | **Producent ………………………………………** **( PODAĆ)** |
|  | **Model ……………………………………………** **( PODAĆ)** |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2022 …………………………….** **( PODAĆ)** |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Analiza spektralna (Fourier Domain) |  | TAK / NIE |
| 2 | Badanie OCT realizowane automatycznie. Zamawiający dopuszcza manualny sposób ustawienia głowicy OCT |  | TAK / NIE |
| 3 | Rozdzielczość pozioma: max 20 um |  | TAK / NIE |
| 4 | Rozdzielczość osiowa: max 6 um |  | TAK / NIE |
| 5 | Funkcja automatycznego naprowadzania głowicy pomiarowej w trzech osiach (3D). Zamawiający dopuszcza manualne ustawienie głowicy skanującej w Aparacie OCT |  | TAK / NIE |
| 6 | Elektrycznie regulowana wysokość podbródka |  | TAK / NIE |
| 7 | Prędkość skanowania minimum 50.000 A skanów na sekundę |  | TAK / NIE |
| 8 | Możliwość wykonania badania automatycznie i manualnie |  | TAK / NIE |
| 9 | Wbudowana kamera do wykonywania fotografii barwnej dna oka i przedniego odcinka o kacie 45 stopni |  | TAK / NIE |
| 10 | Analiza spektralna (Fourier Domain) |  | TAK / NIE |
| 11 | Badanie OCT realizowane automatycznie. Zamawiający dopuszcza manualny sposób ustawienia głowicy OCT |  | TAK / NIE |
| 12 | Korelacja pozycji wykonanych skanów OCT ze zdjęciem dna oka |  | TAK / NIE |
| 13 | Zakres kompensacji wady refrakcji pacjenta w zakresie minimum od -25D do +20D |  | TAK / NIE |
| 14 | Wewnętrzny fiksator z możliwością wyboru wielkości znaku |  | TAK / NIE |
| 15 | Dostępne profile skanowania: min. 3D, liniowy, radialny, krzyżowy |  | TAK / NIE |
| 16 | Mapy grubości siatkówki i warstwy włókien nerwowych, płaskie i 3D, z możliwością nakładania na obraz dna oka |  | TAK / NIE |
| 17 | Raport grubości włókien nerwowych pacjenta w odniesieniu do normy oraz z możliwością prezentacji progresji zmian w czasie |  | TAK / NIE |
| 18 | Możliwość automatycznego wyznaczenia parametrów tarczy z możliwością ręcznego korygowania |  | TAK / NIE |
| 19 | Oprogramowanie umożliwiające wykonanie badania OCT przedniego odcinka oka, mapa pachymetryczna, pomiary kąta przesączania |  | TAK / NIE |
| 20 | Płynne powiększenie (zoom) skanów OCT i zdjęcia dna oka, z możliwością prezentacji na pełnym ekranie |  | TAK / NIE |
| 21 | Prezentacja 3D z możliwością obracania pod dowolnym kątem z możliwością automatycznego rozdziału warstw |  | TAK / NIE |
| 22 | Możliwość eksportu zdjęć dna oka, pojedynczych B-skanów, filmów z prezentacjami 3D na zewnętrzne nośniki danych |  | TAK / NIE |
| 23 | Automatyczne rozpoznawanie prawego lub lewego oka |  | TAK / NIE |
| 24 | Automatyczna analiza grubości siatkówki, grubości warstwy włókien nerwowych wokół tarczy nerwu wzrokowego oraz analiza komórek zwojowych GCL odniesionych do bazy normatywnej  |  | TAK / NIE |
| 25 | Szerokość skanowania 3D w zakresie od 3 do 12 mm |  | TAK / NIE |
| 26 | Wysokość skanowania 3D w zakresie od 3 do 9mm |  | TAK / NIE |
| 27 | Wymagany skan 3D na siatkówce o wymiarach minimum: 12,0 x 9.0 mm |  | TAK / NIE |
| 28 | Obliczanie grubości warstwy komórek zwojowych GCC |  | TAK / NIE |
| 29 | Funkcja autofokus, auto-Z, automatyczne wyzwolenie badania lub manualne wyzwolenie badania |  | TAK / NIE |
| 30 | System graficznych znaczników ułatwiających pomiar manualny |  | TAK / NIE |
| 31 | Fiksator zewnętrzny oraz wewnętrzny |  | TAK / NIE |
| 32 | Możliwość wykonania samego barwnego zdjęcia dna oka |  | TAK / NIE |
| 33 | Fiksator wewnętrzny z możliwością zmiany położenia: minimum osiem położeń peryferyjnych |  | TAK / NIE |
| 34 | Funkcja umożliwiająca automatyczne złożenie 9 zdjęć kolorowych siatkówki w szerokokątne panoramiczne zdjęcie dna oka minimum 105\* |  | TAK / NIE |
| 35 | Możliwość wykonania skanów z funkcją Follow up |  | TAK / NIE |
| 36 | Obrazowanie przepływów w naczyniach bez konieczności podawania środka kontrastującego (OCT-Angio) |  | TAK / NIE |
| 37 | Wymagane obszary skanowania w OCT-Angio: 3x3 mm, 4.5x4.5 mm oraz 6x6 mm |  | TAK / NIE |
| 38 | Minimalna rozdzielczość skanowania OCT-Angio: 320 x 320 |  | TAK / NIE |
| 39 | Aktywny system śledzenia ruchów oka pacjenta podczas wykonywania badania, umożliwiający kontynuację skanowania w przypadku ruchów oka pacjenta |  | TAK / NIE |
| 40 | Analiza przepływów w analizie OCT-Angio min 4 warstw siatkówki: siatkówka powierzchowna, siatkówka wewnętrzna, siatkówka zewnętrzna oraz choriokapilary |  | TAK / NIE |
| 41 | Oprogramowanie odbiera nieobrobione obrazy dekodera i przetwarza obraz odpowiednio do parametrów dla danego narządu w poleceniu roboczym, przesyłają następnie przetworzony obraz do nadawcy |  | TAK / NIE |
| 42 | Oprogramowanie pokazuje przetworzony obraz i daje możliwość jego edycji, zanim ostateczny wynik zostanie przesłany do klienta |  | TAK / NIE |
| 43 | Po post-processingu obraz można umieścić na liście roboczej, co daje możliwość ciągle go modyfikować bez potrzeby zmiany archiwum |  | TAK / NIE |
| 44 | Pobranie danych demograficznych pacjenta z systemu HIS/RIS oraz możliwość manualnego wprowadzania danych |  | TAK / NIE |
| 45 | Procesy i procedury przetwarzania obrazów po badaniu:- pojedyncze wyświetlanie obrazu- automatyczne przetwarzanie z optymalizowanym kontrastem  i ostrością obrazu- powiększenie obrazu- regulacja parametrów okna- obrót obrazu |  | TAK / NIE |
| 46 | Oprogramowanie otwierane za pomocą przeglądarki internetowej, pozwalające na pełen zdalny dostęp użytkownika do bazy pacjentów (możliwość korzystania z wszystkich funkcji programu) oraz wyników badań |  | TAK / NIE |
| 47 | Możliwość udostępnienia wyników badań w sieci lokalnej na 4 komputerach w gabinetach lekarskich |  | TAK / NIE |
| 48 | W komplecie monitor LCD min 21”, komputer PC lub alternatywnie komputer All in One z ekranem min 21” oraz przestrzenią dyskową wystarczającą na przechowywanie danych – bazy pacjentów oraz wyników badań, drukarka kolorowa oraz stolik z elektrycznie podnoszonym blatem |  | TAK / NIE |
| 49 | Możliwość podłączenia zewnętrznego nośnika danych USB |  | TAK / NIE |
| 50 | Możliwość podłączenia urządzenia do sieci – połączenie kablowe/ interfejs sieciowy Ethernet, możliwość wykonywania kopii bezpieczeństwa danych na dyskach sieciowych, opcjonalnie dodatkowo przechowywanie danych na dyskach sieciowych |  | TAK / NIE |
| 51 | W cenie oferty instalacja i uruchomienie aparatu wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego. |  | TAK / NIE |
| 52 | Uruchomienie w/w aparatu w systemach dziedzinowych Zamawiającego (system ArPACS Synektik S.A. oraz KS-SOMED firmy Kamsoft S.A.) |  | TAK / NIE |
| 53 | Wysyłanie obrazów do systemu PACS w standardzie DICOM |  | TAK / NIE |
| 54 | System wykorzystuje standardowe protokołyIHE- DICOM- JPEG- HL-7do zarządzania cyfrowymi obrazami i danymi pacjenta |  | TAK / NIE |
| 55 | Dostarczenie stosownych licencji: |  | TAK / NIE |
| 55.1 | Oferowany aparat diagnostyczny OCT ma wspierać i posiadać aktywną komunikację minimum DICOM3.0/Worklist, (posiadać aktywną licencję komunikacyjną dla urządzenia) |  | TAK / NIE |
| 55.2 | Licencja oprogramowania Archiwizacji ArPACS SRV/WEB – 1 x licencja modułu DICOM/WL dla systemu archiwizacji ArPACS SRV/WEB: Aparat OCT |  | TAK / NIE |
| 56 | Podłączenie do systemu ArPACS Synektik S.A./KS-Somed Kamsoft S.A. urządzeń diagnostycznych: Aparat OCT |  | TAK / NIE |
| 57 | Rekonfiguracja oprogramowania medycznego ArPACS SRV/WEB/KS-SOMED w tym redefiniowanie obsługi zleceń/skierowań do Poradni Okulistycznej w KS-SOMED |  | TAK / NIE |
| 59 | W cenie oferty:- komplet akcesoriów, okablowania itp. urządzeń do uruchomienia i użytkowania aparatu- instrukcja obsługi i użytkowania wszystkich urządzeń w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej na płycie CD/DVD lub innym nośniku w formacie PDF |  | TAK / NIE |
| 60 | Podłączenie do systemu ArPACS Synektik S.A./KS-Somed Kamsoft S.A. urządzeń diagnostycznych: Aparat OCT |  | TAK / NIE |
| 61 | Rekonfiguracja oprogramowania medycznego ArPACS SRV/WEB/KS-SOMED w tym redefiniowanie obsługi zleceń/skierowań do Poradni Okulistycznej w KS-SOMED |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** |
| 1 | Szkolenie 4 pracowników Poradni Okulistycznej w zakresie pracy aparatu i pełnego korzystania z systemu oraz 3 administratorów IT (korzystanie z systemu, administracja i zarządzanie częścią IT systemu) maksymalnie 7 pracowników Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. |  | TAK / NIE |
| 2 | Gwarancja w okresie 24 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym dwa przeglądy serwisowe) |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym trzy przeglądy serwisowe) | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 72 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 4 | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancyjnym. |  | TAK / NIE |
| Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie pogwarancyjnym przez okres 12 miesięcy. | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 5 | Deklaracja zgodności CE – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY |  | TAK / NIE |
| 6 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – DOŁĄCZYĆ DO OFERTY |  | TAK / NIE |

***UWAGA:***

**\*Wykonawca potwierdza wymagany parametr: TAK / NIE**

\*\*Na potwierdzenie parametrów **wymaganych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany. Przedstawione dokumenty muszą być sporządzone przez producenta. Jakiekolwiek odręczne dopiski, uzupełnienia do dokumentów nie będą brane pod uwagę przez Zamawiającego przy ocenie OFERTY.

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia posiada w/w parametry, jest kompletny i do jego funkcjonowania nie jest potrzebny zakup dodatkowych elementów.

**Oświadczam,** że oferowany mikrotom saneczkowy jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022r.

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

 ( podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–*  APARAT OCT –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***OŚWIADCZENIE\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie pogwarancyjnym przez okres 12 miesięcy |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametry oferowane” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument , *OŚWIDCZENIE ,* potwierdzający te parametry**. Jeżeli złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne i nie potwierdzają parametrów dodatkowo ocenianych, Zamawiający nie będzie wzywał o ich złożenie lub uzupełnienie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

***FORMULARZ OFERTA***
 DLA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH
 w KATOWICACH

|  |
| --- |
| ***NAZWA WYKONAWCY: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………******ADRES SIEDZIBY:*** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………NIP: ………………………………………… REGON: ………….……………….………………………Tel.: …………………………………….……… Fax: …………………..………….…………………………Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym …………………………..………………………..Tel.: …………………………………….………e – mail: ………………………………………Osoba odpowiedzialna za realizację przedmiotu Umowy ………………………………………………….Tel.: ……………………………………… e-mail: ……………………………………… |

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest „Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: przy ul. Powstańców 31,
40-038 Katowice oferuję realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia za niżej podaną cenę:

**Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:**

1. adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy znajdującej się na platformie **ePUAP: ….…………………………………………………………………….…….……………**
2. adres poczty elektronicznej: …….……………….…..………………….……………………………….….

*Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres* *elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/poczty elektronicznej Wykonawcy, na co Wykonawca wyraża zgodę. Wykonawca niniejszym zobowiązuje się do utrzymania jego funkcjonalności przez czas trwania postępowania. O zmianie adresu elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/poczty elektronicznej do przekazywania korespondencji związanej z danym postępowaniem Wykonawca niezwłocznie zawiadamia Zamawiającego składając oświadczenie osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy. Domniemywa się, że dokumenty, oświadczenia i wnioski przekazane na adres poczty elektronicznej wskazany
w formularzu ofertowym zostały doręczone skutecznie a Wykonawca zapoznał się z ich treścią.*

1. W ramach zamówienia „Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 9 /22**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:
	* + - 1. ***CENA* :**

Cena brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

* + - * 1. ***„PARAMETRY DODATKOWO OCENIANE” – ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ***
				2. ***TERMIN DOSTAWY DO DNIA………………………………od daty podpisania umowy (wpisać datę)***
				3. ***TERMIN GWARANCJI …………………… MIESIĘCY***
1. Rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca - zaznaczyć właściwy kwadrat

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mikroprzedsiębiorca |
|  | Małe przedsiębiorstwo |
|  | Średnie przedsiębiorstwo |
|  | Duże przedsiębiorstwo |
|  | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  | Inny rodzaj, opis: …………………………………………………………… |

1. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa** (poniżej zaznaczyć właściwą odpowiedź):
* Żadna z informacji wskazanych w OFERCIE nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
* Wskazane poniżej informacje zawarte w OFERCIE stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępnione innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/y dokumenty w postaci:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w OFERCIE |
| od numeru | do numeru |
| 1 |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. Przedmiot zamówienia wykonam/y: ***sam/i / przy udziale Podwykonawcy*** (niepotrzebne skreślić)

Następującą część zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy (wypełnić tylko jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Nazwa i adres Podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca pozostawi ten punkt niewypełniony, Zamawiający uzna, iż Wykonawca wykona przedmiot zamówienia sam, bez udziału Podwykonawcy*.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Projektowanych postanowień umowy i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec
osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu
ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
\*W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

…………………………………

 (miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 5****Zamawiający**:Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***……………………………………………………………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo Zamówień Publicznych** (Dz. U. z 2022r. pozycja 1710 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na „Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ulicy Powstańców 31,
40-038 Katowice oświadczam, że:

☐ **Nie przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy\*;

☐ **Przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.
 o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy, w skład której wchodzą następujące podmioty\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1. |  |
| 2. |  |

\* zaznaczyć w sposób wyraźny (X) właściwą informację

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  *(miejscowość)* |  *(Data)*  |  *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych* *do reprezentowania Wykonawcy)* |
|  |  |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

 Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

o którym mowa w art. 125 ust.1 w powiązaniu z art. 273 ust.1

ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

(tekst jednolity: Dz. U. z 2022 roku pozycja 1710 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „„Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/9/22****, oświadczam że:*

* + - 1. ***Nie podlegam*** *wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp. oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp. i art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.\**
			2. ***Podlegam*** *wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych w art. 108 ust.1 ustawy Pzp. Oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp. I art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.\**
			3. ***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. pozycja. 835).\**
			4. ***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. pozycja. 835).\**

\*  *Niepotrzebne skreślić*

…………………………………

 (miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA
W ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 ROKU PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DZ. U. z 2022r. pozycja 1710 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ulicy Powstańców 31,
40-038 Katowice oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu składanym na podstawie
art. 125 ust. 1 ustawy Pzp. w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 108 ust. 1 pkt 3 – 6 ustawy Pzp.:

***\*\* są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym***

***\*\* nie są aktualne i nie są zgodne ze stanem faktycznym***.

…………………………………

 (miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

o którym mowa w art. 225 ust.1 i 2

ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

(tekst jednolity: Dz. U. z 2022 roku pozycja 1710 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „„Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/ 9 /22****, oświadczam że wybór mojej OFERTY\*:*

1. **nie będzie** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,\*
2. **będzie** prowadzić do powstania po stronie Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:\*
3. ………………………………………………….………………… - ……………………….……….. zł netto

 *( Nazwa towaru/usług) ( wartość bez kwoty podatku VAT)*

*\*Zgodnie z art. 225 ust. 2 ustawy Pzp, Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. Należy zaznaczyć właściwe. Brak zaznaczenia będzie oznaczał, że wybór oferty Wykonawcy, nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*

\*  *Niepotrzebne skreślić*

…………………………………

 (miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 9** |
|  | **Zamawiający**:Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach 40-038 Katowice ul. Powstańców 31 |
| ***Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie****:*……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***……………………………………………………………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA,
O KTÓRYM MOWA W ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania pn. „Zakup aparatu OCT dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie, oświadczam, że:

Wykonawca: ………………………………………………………………………………………………...

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego :……………………………………………………………………………………..

Wykonawca: …………………………………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:……………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  *(Miejscowość)* |  *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych* *do reprezentowania Wykonawcy)* |

**ZAŁĄCZNIK NR 10**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

**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)*

…………………………………

 (miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)