**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

 **– ZAKUP APARATU USG –**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 USG | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie 6 wskazanych przez Zamawiającego pracowników 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 USG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzeniespełnienia wymaganych parametrów\*** |
| I | **Producent**: …………………………………………. |
| II | **Model**: ………………………………………………… |
| III | **Rok produkcji 2022** : …………………..………………… |
| **IV** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Cyfrowy aparat ultrasonograficzny fabrycznie nowy, nie powystawowy i nie rekondycjonowany. |  | TAK / NIE |
| 2 | Zasilanie sieciowe 220-240V.  |  | TAK / NIE |
| 3 | Cyfrowy system formowania wiązki |  | TAK / NIE |
| 4 | Frame rate min. 3000 klatek/s | Podać | TAK / NIE |
| 5 | Dynamika systemu min. 390 dB | Podać | TAK / NIE |
| 6 | Zakres stosowanych częstotliwości pracy Min.2.0 - 20.0 | Podać | TAK / NIE |
| 7 | Ilość aktywnych gniazd dla głowic min. 4 | Podać | TAK / NIE |
| 8 | Programowalny dotykowy panel o przekątnej min. 10 cali, wykorzystywany do obsługi systemu i poprawienia ergonomii pracy |  | TAK / NIE |
| 9 | Głębokość penetracji min. 2 – 48 cm | Podać | TAK / NIE |
| 10 | Liczba regulowanych ognisk widocznych na ekranie 5 | Podać |  |
| 11 | Monitor LCD/LED wbudowany fabrycznie w aparat Możliwość złożenia monitora do celów transportowych bez użycia narzędzi.Min. 21 cale, rozdzielczości 1920x1080 | Podać | TAK / NIE |
| 12 | Możliwość podłączenia monitora zewnętrznego poprzez gniazdo HDMI, VGA | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 13 | Wbudowany dysk twardy jednostki głównej SSD min. 500 GB | Podać | TAK / NIE |
| 14 | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD/ SSD oraz wydruku obrazu na videoprinterze  | Podać | TAK / NIE |
| 15 | Możliwość eksport obrazów, sekwencji i raportów bezpośrednio na komputer klasy PC | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 16 | Ilość kanałów przetwarzania min. 350 000 | Podać | TAK / NIE |
| 17 | Pamięć kinowa Cine-Loop |  | TAK / NIE |
| 18 | Ilość klatek Cine-loop min. 300 000 | Podać | TAK / NIE |
| 19 | Możliwość przeglądania klatka po klatce.  |  | TAK / NIE |
| 20 | Baza danych pacjentów z możliwością zapisu raportów, obrazów statycznych, pętli obrazowych |  | TAK / NIE |
| 21 | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączenia obrazów do raportów |  | TAK / NIE |
| 22 | Możliwość przenoszenia danych na urz. Typu pen-drive, min. 4 gniazda USB. w formatach avi i jpeg. DICOM. |  | TAK / NIE |
| 23 | Dostępne aplikacje:-ginekologia-położnictwo-kardiologia -naczynia(tętnice, żyły, badania transkranialne)-małe narządy (tarczyca, sutki, jądra)-jama brzuszna-urologia-mięśniowo-szkieletowa |  | TAK / NIE |
| 24 | Zoom min. X 8 | Podać | TAK / NIE |
| 25 | Tryby pracy:B-ModeM-ModeDoppler Kolorowy (CD)Power Doppler (PD)Doppler Spektralny (PW)  |  | TAK / NIE |
| 26 | Tryb duplex/triplex |  | TAK / NIE |
| 27 | Obrazowanie II harmonicznej |  | TAK / NIE |
| 28 | Korekta kąta bramki dopplerowskiej PW i CW min. +/- 90˚ | Podać | TAK / NIE |
| 29 | Regulacja bramki dopplerowskiej PW min.1 – 16 mm | Podać | TAK / NIE |
| 30 | Auto optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku |  | TAK / NIE |
| 31 | Obrazowanie trapezowe na głowicy liniowej |  | TAK / NIE |
| 32 | Obrazowanie krzyżowe – wysyłanie ultradźwięków pod różnymi kątami, dostępne na sondach liniowych w trybie obrazowania trapezowego min. 9 kątów |  | TAK / NIE |
| 33 | Algorytm redukujący szumy z jednoczesnym podkreśleniem granic tkanek w trybach B-Mode, Kolor Doppler, Power Doppler |  | TAK / NIE |
| 34 | Tryb powiększenia z podglądem całego obrazu w czasie rzeczywistym. |  | TAK / NIE |
| 35 | Wbudowany w aparat wideoprinter B&W |  | TAK / NIE |
| 36 | Regulacja wysokości i obrotu pulpitu |  |  |
| 37 | Wbudowany fabrycznie podgrzewacz żelu | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 38 | Oprogramowanie Dicom 3.0 umożliwiające zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM |  | TAK / NIE |
| 39 | Eksport i import w formatach: JPEG, DICOM, AVI, Raw Data ( Surowe dane zapewniające postprocesing w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu.) |  | TAK / NIE |
| 40 | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps  |  | TAK / NIE |
| 41 | Dodatkowy tryb nie dopplerowskiej metody do oceny przepływów (wizualizacji faktycznego obrazu przepływającej krwi w czasie rzeczywistym) – elastografia |  | TAK / NIE |
| **V** | ***MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY:*** |  |  |
| 1 | Możliwość rozbudowy o Auto IMT na głowicach liniowych |  | TAK / NIE |
| 2 | Możliwość rozbudowy o obrazowania 3D w czasie rzeczywistym za pomocą głowic wolumetrycznych |  | TAK / NIE |
| 3 | Możliwość rozbudowy o obrazowanie tomograficzne w czasie rzeczywistym na głowicach 3 D  |  | TAK / NIE |
| 4 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do Elastografii typu ShearWave oraz oprogramowanie do oceny stłuszczenia wątroby |  | TAK / NIE |
| 5 | Możliwość rozbudowy o głowicę do badań urologicznych micro convex z możliwością podpięcia przystawki biopsyjnej |  | TAK / NIE |
| **VI** | ***GŁOWICE ULTRADŹWIĘKOWE:*** |  |  |
| **1** | **Głowica convexowa elektroniczna szerokopasmowa – 1 szt.** | PODAĆ TYP | TAK / NIE |
| 1.1 | Pasmo przenoszenia min. 2.0 – 6.0 MHz | Podać | TAK / NIE |
| 1.2 | Ilość elementów piezoelektrycznych min. 190 |  Podać | TAK / NIE |
| 1.3 | Kąt skanu min. 650  | Podać | TAK / NIE |
| 1.4 | Obrazowanie harmoniczne |  | TAK / NIE |
| 1.5 | Możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej |  | TAK / NIE |
| **2** | **Głowica liniowa elektroniczna szerokopasmowa – 1 szt.** | PODAĆ TYP | TAK / NIE |
| 2.1 | Pasmo przenoszenia min. 4.0 – 12.0 MHz | Podać | TAK / NIE |
| 2.2 | Ilość elementów piezoelektrycznych min. 250 | Podać | TAK / NIE |
| 2.3 | Szerokość głowicy min. 48 – 52 mm | Podać | TAK / NIE |
| 2.4 | Możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej |  | TAK / NIE |
| **3** | **Głowica liniowa elektroniczna szerokopasmowa – 1 szt.** | PODAĆ TYP | TAK / NIE |
| 3.1 | Pasmo przenoszenia min. 5.0 – 12.0 MHz | Podać | TAK / NIE |
| 3.2 | Ilość elementów min. 192 | Podać | TAK / NIE |
| 3.3 | Szerokość głowicy max. 40 mm ( +/- 2 mm ) | Podać | TAK / NIE |
| 3.4 | Możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej |  | TAK / NIE |
| **4** | **Głowica microconvexowa elektroniczna szerokopasmowa – 1 szt.** | PODAĆ TYP | TAK / NIE |
| 4.1 | Pasmo przenoszenia min. 4.0 – 10.0 MHz | Podać | TAK / NIE |
| 4.2 | Ilość elementów min. 128 | Podać | TAK / NIE |
| 4.3 | Kąt skanu min. 900  | Podać | TAK / NIE |
| 4.4 | Obrazowanie harmoniczne |  | TAK / NIE |
| **VII** | ***OPROGRAMOWANIE i WDROŻENIE*** |  |  |
| 1 | W cenie oferty instalacja i uruchomienie aparatu wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego |  | TAK / NIE |
| 2 | Uruchomienie w/w aparatu w systemach dziedzinowych Zamawiającego (system ArPACS Synektik S.A. oraz KS-SOMED firmy Kamsoft S.A.) - integracja oferowanego aparatu diagnostycznego USG z systemem PACS przy wykorzystaniu protokołów DICOM/WL |  | TAK / NIE |
| 3 | Wbudowane, aktywne oprogramowanie do komunikacji z PACS i obsługi DICOM Worklist (DICOM/WL) |  | TAK / NIE |
| 4 | Dostarczenie stosownych licencji:  |  | TAK / NIE |
| 4.1 | Licencja oprogramowania Archiwizacji ArPACS SRV/WEB – 1 x licencja modułu DICOM/WL dla systemu archiwizacji ArPACS SRV/WEB: Aparat USG.Koszty konfiguracji serwisowej, związane z uruchomieniem w/w licencji przez jej dostawcę (firma Synektik S.A.) ponosi Wykonawca |  | TAK / NIE |
| 4.2 | 1 x Licencja DICOM wymagane do podłączenia urządzenia do PACS i obsługi DICOM Worklist. |  | TAK / NIE |
| 4.3 | Rekonfiguracja oprogramowania medycznego ArPACS SRV/WEB oraz KS-SOMED w tym redefiniowanie obsługi zleceń/skierowań do pracowni USG w KS-SOMED |  | TAK / NIE |
| **VIII** | ***INNE:*** |  |  |
| 1 | Dostawa przez autoryzowanego dystrybutora producentaZałączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta. |  | TAK / NIE |
| 2 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski.Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta |  | TAK / NIE |
| 3 | Gwarancja w okresie 24 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym dwa przeglądy serwisowe)Gwarancja zapewniona przez serwis producenta. |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wszystkie urządzenia będące przedmiotem zamówienia (w tym trzy przeglądy serwisowe)Gwarancja zapewniona przez serwis producenta. | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 4 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z aparatem) w wersji papierowej oraz elektronicznej. |  | TAK / NIE |
| 5 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski |  | TAK / NIE |
| 6 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 10 lat |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE na aparat i głowice (należy dostarczyć wraz z aparatem) |  | TAK / NIE |
| 8 | Szkolenie personelu pracowni w zakresie pracy i konserwacji aparatu i pełnego korzystania z systemu oraz administratorów IT (korzystanie z systemu, administracja i zarządzanie częścią IT systemu). |  | TAK / NIE |
| 9 | Dodatkowe szkolenie w trakcie okresu gwarancji na wniosek Zamawiającego. Ilość szkoleń – nie więcej niż 4 w roku. |  | TAK / NIE |
| 10 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 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 | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 11 | Zapewnienie aparatu zastępczego od 48 h od zgłoszenia awarii oraz każdorazowo w przypadku zabrania aparatuz siedziby Zamawiającego. |  | 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 USG –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Możliwość podłączenia monitora zewnętrznego poprzez gniazdo HDMI, VGA |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Możliwość eksport obrazów, sekwencji i raportów bezpośrednio na komputer klasy PC |  | TAK / NIE\* |
| 3 | Wbudowany fabrycznie podgrzewacz żelu |  | TAK / NIE\* |
| 4 | 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 potwierdzający te parametry oraz wskazuje stronę
w tym dokumencie, na której dany parametr jest opisany**. 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 USG 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 USG dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 10 /22**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:
	* + - 1. ***CENA* :**

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

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

* + - * 1. ***„PARAMETRY TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE” – ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ***
				2. ***TERMIN DOSTAWY DO DNIA………………………………od daty podpisania umowy ( wpisać datę)***
				3. ***GWARANCJA****:* ***…………………… 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 USG 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 USG dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/10/22****, 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 USG 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 USG dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/ 10 /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 USG 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)