**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – PROCESOR TKANKOWY CIŚNIENIOWO – PRÓŻNIOWY – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Procesor tkankowy ciśnieniowo – próżniowy |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 A**

***PAKIET NR 1***

**– OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA –**

**WYMAGANE PARAMETRY   
PROCESORA TKANKOWEGO CIŚNIENIOWO – PRÓŻNIOWEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Procesor tkankowy ciśnieniowo - próżniowy fabrycznie nowy, nie powystawowy, nie rekondycjonowany i nie używany. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 5 | Procesor tkankowy próżniowy, typu zamkniętego z możliwością pracy w technice bezksylenowej. | |  | TAK / NIE |
| 6 | Pojemność min 300 kasetek | |  | TAK / NIE |
| 7 | Urządzenie wyposażone w zestaw koszy do układania uporządkowanego | |  | TAK / NIE |
| Urządzenie wyposażone w zestaw koszy do układania uporządkowanego i kosz do luźnego układania kasetek. | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 8 | Pojemność butli odczynników min. 5 l | |  | TAK / NIE |
| 9 | Trzy stacje parafinowe podgrzewane z niezależnie programowaną temperaturą o pojemności min. 5 l. | |  | TAK / NIE |
| 10 | Stacje wyposażone w pojemnik jednorazowego użytku na zużytą parafinę | |  | TAK / NIE |
| 11 | Komora w kształcie cylindrycznym zamykana, umożliwiająca wizualną kontrolę procesu | |  | TAK / NIE |
| 12 | Komora reakcyjna wyposażona w czujniki poziomu cieczy umożliwiająca napełnianie komory w trzech poziomach odczynnika w zależności od ilości próbek | |  | TAK / NIE |
| 13 | Komora wyposażona w czujnik przepełnienia | |  | TAK / NIE |
| 14 | Komora wyposażona w system odciągu oparów wraz z filtrem węglowym uruchamiającym się automatycznie po otwarciu pokrywy. | |  | TAK / NIE |
| 15 | Miejsce przechowywania odczynników w urządzeniu wyposażone w odciąg oparów wraz z filtrami | |  | TAK / NIE |
| 16 | Układ kontroli filtra węglowego | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 17 | Urządzenie wyposażone w kolorowy ekran dotykowy i interfejs użytkownika w języku polskim | |  | TAK / NIE |
| 18 | System kontroli zużycia odczynników bazujący na pomiarze stężenia alkoholu z możliwością określenia dowolnego poziomu zużycia. | |  | TAK / NIE |
| 19 | Możliwość dowolnego definiowania wymiany odczynników w cyklu tygodniowym lub ilościowym niezależnie dla każdej grupy odczynników | |  | TAK / NIE |
| 20 | Wbudowane na stałe 9 butli na odczynniki w tym 6 na alkohol i 3 na ksylen niedostępne dla użytkownika. | |  | TAK / NIE |
| 21 | System automatycznej wymiany odczynnika na nowy, w trakcie trwania procesu bez konieczności przerywania rozpoczętego programu | |  | TAK / NIE |
| 22 | 2 stanowiska na formalinę, 2 stanowiska do wymiany odczynników oraz 3 stanowiska na odczynniki płuczące. Wszystkie stanowiska wyposażone w dostępne dla użytkowników butle odczynnikowe z możliwością stosowania 5 litrowych ogólnodostępnych kanistrów. | |  | TAK / NIE |
| 23 | Urządzenie wyposażone w złącze USB w celu archiwizacji | |  | TAK / NIE |
| 24 | Możliwość zaprogramowania czasu infiltracji w zakresie min. od 1 min. do 99 h. | |  | TAK / NIE |
| 25 | Możliwość zaprogramowania włączenia próżni w komorze niezależnie dla każdego odczynnika | |  | TAK / NIE |
| 26 | Możliwość zaprogramowania czasu odsączania niezależnie dla każdego odczynnika | |  | TAK / NIE |
| 27 | Możliwość zaprogramowania temperatury w komorze niezależnie dla każdego odczynnika z funkcją wstępnego podgrzania odczynników w komorze do 35°C | |  | TAK / NIE |
| 28 | Graficzne odwzorowanie temperatury, ciśnienia, jakości alkoholu oraz poziomu zapełnienia komory na ekranie | |  | TAK / NIE |
| 29 | Możliwość dołożenia kasetek do już rozpoczętego programu na każdym etapie | |  | TAK / NIE |
| 30 | Wbudowany zasilacz awaryjny UPS | |  | TAK / NIE |
| 31 | System awaryjnego otwarcia pokrywy w przypadku awarii urządzenia | |  | TAK / NIE |
| 32 | Urządzenie wyposażone w kółka z blokadą. | |  | TAK / NIE |
| 33 | Wymiary max. (szer. x głęb. x wys.) 710 x 580 x 1370 | |  | TAK / NIE |
| 34 | Waga max. 125 kg | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie procesora tkankowego próżniowo - ciśnieniowego wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego procesora tkankowego próżniowo - ciśnieniowego na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem)  w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na procesor tkankowy próżniowo – ciśnieniowy  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na procesor tkankowy próżniowo – ciśnieniowy.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 B**

***PAKIET NR 1***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* PROCESORA TKANKOWEGO CIŚNIENIOWO – PRÓŻNIOWEGO *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na procesor tkankowy ciśnieniowo – próżniowy | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Urządzenie wyposażone w zestaw koszy do układania uporządkowanego i kosz do luźnego układania kasetek |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Układ kontroli filtra węglowego |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – DWUMODUŁOWE ZINTEGROWANE URZĄDZENIE DO BARWIENIA I NAKRYWANIA PREPARATÓW MIKROSKOPOWYCH – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Dwumodułowe zintegrowane urządzenie do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2 A**

***PAKIET NR 2***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY DWUMODUŁOWEGO ZINTEGROWANEGO URZĄDZENIA  
 DO BARWIENIA I NAKRYWANIA PREPARATÓW MIKROSKOPOWYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Dwumodułowe zintegrowane urządzenie do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych fabrycznie nowe,  nie powystawowe, nie rekondycjonowane i nie używane. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| **A** | ***MODUŁ BARWIĄCY*** | | | |
| 1 | Programowany aparat do barwienia histologicznego i cytologicznego sterowany mikroprocesorowo z wyświetlaczem LCD.  Wewnętrzne ścianki urządzenia wykonane ze stali nierdzewnej. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Całkowita ilość stacji maksimum 26. | |  | TAK / NIE |
| 3 | 18 stacji odczynnikowych, pojemność stacji nie większa niż 450 ml. Pojemniki odczynnikowe odporne na mycie w zmywarce. Możliwość wykorzystania stacji myjących jako stacje odczynnikowe. | |  | TAK / NIE |
| 4 | 5 stacji myjących, przepływ wody maksymalnie 8L/minutę. Pojemniki myjące odporne na mycie w zmywarce. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Funkcja oszczędzania wody – przepływ wody musi być zatrzymywany w stacjach nieużywanych | |  | TAK / NIE |
| 6 | 1 stacja załadowcza i 1 wyjściowa umożliwiające załadowanie i rozładowanie barwiarki bez konieczności otwierania pokrywy osłaniającej przed emisją oparów. Kuwety stacji załadowczej i wyładowczej mogą być napełniane odczynnikami. | |  | TAK / NIE |
| 7 | Możliwość zdefiniowania zakończenia programu w innej stacji niż szuflada wyjściowa. Urządzenie musi wskazywać, z której stacji należy wyjąć koszyk. | | 3 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 8 | 1 stacja grzewcza wyposażona w tackę z możliwością wyjęcia do czyszczenia. Regulacja temperatury stacji grzewczej w zakresie 35-65°C.  Możliwość wyłączenia stacji grzewczej. | |  | TAK / NIE |
| 9 | Koszyczki na szkiełka o pojemności minimum 30 sztuk. | |  | TAK / NIE |
| 10 | Koszyczki wykonane z polimeru odpornego na odczynniki stosowane w procesie barwienia. | |  | TAK / NIE |
| 11 | Możliwość zastosowania koszyków do barwień specjalnych  o pojemności maksymalnej 5 szkiełek oraz wkładek do kuwet zmniejszających ich pojemność. | | 3 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 12 | Notatnik zintegrowany z urządzeniem | |  | TAK / NIE |
| 13 | Schemat rozlokowania stacji trwale naniesiony w widocznym miejscu wewnątrz barwiarki | |  | TAK / NIE |
| 14 | Blokada pokrywy urządzenia wyposażona w sprężynę ciśnieniową gwarantującą stabilne utrzymanie pokrywy w pozycji otwartej. | |  | TAK / NIE |
| 15 | Regulowane nóżki umożliwiające wypoziomowanie urządzenia. | |  | TAK / NIE |
| 16 | Urządzenie obsługiwane przez panel sterowania z wyświetlaczem LCD, klawiaturą membranową oraz diodami LED. | |  | TAK / NIE |
| 17 | Co najmniej cztery różne sygnały dźwiękowe sygnalizujące funkcjonowanie aparatu | |  | TAK / NIE |
| 18 | Cztery tryby pracy: barwienie, edycja protokołów, zmiana konfiguracji oraz tryb serwisowy | |  | TAK / NIE |
| 19 | Możliwość wprowadzenia i zapamiętania minimum 15 programów składających się z minimum 25 kroków z możliwością zmiany kolejności stacji, czasu inkubacji i agitacji. | |  | TAK / NIE |
| 20 | Możliwość regulacji inkubacji w zakresie od 0 sekund do 99 minut i 59 sekund | |  | TAK / NIE |
| 21 | Możliwość zdefiniowania kroków dokładnych, których zadany czas jest przestrzegany z dokładnością +/- 1 sekundy | |  | TAK / NIE |
| 22 | Automatyczna funkcja sprawdzania kompatybilności programów – urządzenie musi mieć możliwość sprawdzenia czy wskazane dwa programy można uruchomić jednocześnie. Jeżeli jest to niemożliwe Urządzenie musi wskazać przyczynę. | |  | TAK / NIE |
| 23 | Możliwość uruchomienia min. 11 programów równocześnie. | |  | TAK / NIE |
| 24 | Funkcja agitacji wykonywana poprzez ruchy ramienia transportowego. Możliwość regulacji w zakresie minimum  od 1 do 20 ruchów. Możliwość ustawienia agitacji ciągłej lub jej całkowite wyłączenie. Możliwość regulacji szybkości wykonywanych ruchów | |  | TAK / NIE |
| 25 | Możliwość regulacji szybkości ruchów w dół (wstawienie koszyka do stacji) i w górę ( wyjmowanie koszyka) | |  | TAK / NIE |
| 26 | Wydajność urządzenia rzędu 200-250 szkiełek na godzinę | |  | TAK / NIE |
| 27 | Możliwość podłączenia zewnętrznego zabezpieczenia UPS | |  | TAK / NIE |
| 28 | Możliwość podłączenia alarmów zdalnych | |  | TAK / NIE |
| 29 | Możliwość stosowania dowolnych odczynników. | |  | TAK / NIE |
| 30 | Dostępne gotowe do użycia, zwalidowane przez Producenta, zestawy do barwień HE gwarantujące identyczne zabarwienie co najmniej 2000 szkiełek | |  | TAK / NIE |
| 31 | Urządzenie musi posiadać system odciągu niebezpiecznych oparów oraz filtr z aktywnym węglem który zatrzymuje opary ksylenu. Możliwość podłączenia urządzenia do zewnętrznej wentylacji. | |  | TAK / NIE |
| 32 | Wyposażenie:  - minimum 22 kuwety na odczynniki, wyposażone w pokrywy  - minimum 5 zestawów kuwet myjących  - minimum 10 koszyków na szkiełka o pojemności 30 sztuk każdy | |  | TAK / NIE |
| 33 | Możliwość doposażenia w:  - koszyki do barwień specjalnych oraz wkładki zmniejszające pojemność kuwet  - koszyki do dużych szkiełek  - koszyki standardowe (na 30 szkiełek) wykonane z metalu  - pokrywy na 12 kuwet | |  | TAK / NIE |
| **B** | ***MODUŁ NAKRYWAJĄCY*** | | | |
| 1 | Automat do zamykania preparatów tkanek, komórek lub rozmazów na szkiełkach mikroskopowych przy użyciu różnych preparatów do zamykania. | | 3 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 2 | Wydajność urządzenia minimum 400 szkiełek na godzinę  ( 1 szkiełko na ok. 9 sekund). | |  | TAK / NIE |
| 3 | Urządzenie programowane poprzez panel sterowania  z wyświetlaczem ciekłokrystalicznym i klawiaturą membranową. | |  | TAK / NIE |
| 4 | Możliwość zapisania minimum czterech programów, z których każdy może zawierać inny zestaw parametrów.  *Parametry regulowane*:  - Długość skoku – długość ścieżki nakładanego medium, dostosowanie pracy do szkiełek o długości 40mm, 50mm, 55mm oraz 60mm.  - Przesunięcie nakładania medium od strony pola do opisu co najmniej w dziesięciu krokach (0 brak przesunięcia, 100 maksymalne oddalenie od pola do opisu).  - Przesunięcie nakładania medium od strony krawędzi szkiełka co najmniej w 21 krokach co 1mm.  - Czas otwarcia zaworu dozownika medium co najmniej  w dziewięciu skokach  - Ciśnienie potrzebne do nalewania medium co najmniej w zakresie od 100 mbar do 1000 mbar w skokach co 100 mbar –  w instrukcji obsługi musi być dostępna tabela odpowiedniego ciśnienia jakie należy zastosować do mediów różnych producentów.  - Pozycja nakładania szkiełek nakrywkowych co najmniej w 13 krokach co 0,5mm (zbliżenie lub oddalenie od pola do opisu) | |  | TAK / NIE |
| 5 | Możliwość regulacji głośności klawiszy, komunikatów oraz sygnału dźwiękowego w trzech krokach. | | 3 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 6 | Urządzenie wyposażone w system samokontroli informujący użytkownika o konieczności uzupełniania szkiełek nakrywkowych z możliwym do zaprogramowania wyprzedzeniem. Po osiągnięciu ustalonego limitu urządzenie musi informować o konieczności uzupełnienia szkiełek nakrywkowych, ale ma kontynuować pracę do wykorzystania wszystkich szkiełek  w magazynku. | |  | TAK / NIE |
| 7 | Możliwość przerwania procesu nakrywania i jego wznowienie. | |  | TAK / NIE |
| 8 | Funkcja odpowietrzania butelki z medium nakrywającym – wytwarza próżnię w butelce ułatwiając odgazowanie medium. | |  | TAK / NIE |
| 9 | Wyświetlanie informacji o ewentualnych błędach i usterkach.. | |  | TAK / NIE |
| 10 | Urządzenie musi posiadać możliwość detekcji i pomijania uszkodzonych szkiełek nakrywkowych, bez konieczności przerywania procesu nakrywania. | |  | TAK / NIE |
| 11 | Detekcja uszkodzonych szkiełek musi odbywać się na drodze testu mechanicznego, co minimalizuje awaryjność pracy układu poprzez wyeliminowanie złączy optyczno-elektronicznych. | |  | TAK / NIE |
| 12 | Dostępne igły do mediów o różnej gęstości – co najmniej cztery różne grubości igieł | |  | TAK / NIE |
| 13 | W instrukcji obsługi dostępne wytyczne jakie parametry należy zastosować do mediów o różnej gęstości. Urządzenie musi współpracować z większością dostępnych na rynku mediów  do zaklejania. | |  | TAK / NIE |
| 14 | Możliwość nakrywania „na mokro” z łaźnią wypełnioną rozpuszczalnikiem kompatybilnym ze stosowanym medium nakrywającym oraz „na sucho” z pustą łaźnią. | |  | TAK / NIE |
| 15 | Dopuszczalne szkiełka podstawowe: wszystkie dostępne  w handlu szkiełka zgodne z normą ISO 8037-1. | |  | TAK / NIE |
| 16 | Dopuszczalne szkiełka nakrywkowe zgodnie z normą ISO DIN 8255-1, wymiary 22-24mm x 40-60mm; grubość 1,0mm i 1,5mm. | |  | TAK / NIE |
| 17 | Pojemność magazynka na szkiełka nakrywkowe:  - minimum 120 szt. – grubość szkiełek 1,5mm  - minimum 160 szt. – grubość szkiełek 1mm | |  | TAK / NIE |
| 18 | Dopuszczalne nakrywanie szkiełek z etykietami. Maksymalny rozmiar etykiety 22 mm x 15 mm. | |  | TAK / NIE |
| 19 | Pojemność butelki na medium minimum 250ml. | |  | TAK / NIE |
| 20 | Urządzenie musi posiadać system pochłaniania oparów wyposażony w filtr węglowy z możliwością podłączenia do zewnętrznej wentylacji. | |  | TAK / NIE |
| 21 | Wyposażenie standardowe:  - Zespół dozownika zawierający: 2 x igła 21G, 2 x igła 20G, 2x igła 18G oraz 2 x igła 16G.  - Zespół czyszczący igłę dozownika  - 2 butelki szklane z zakrętkami na medium zamykające  - minimum 5 koszyków na szkiełka wykonanych z polimeru odpornego na rozpuszczalniki stosowane w procesie nakrywania, pojemność 30 szkiełek każdy  - minimum 4 magazynki wyjściowe o pojemności 30 szkiełek każdy  - Metalowa łaźnia załadowcza z pokrywką oraz adapterem na koszyk o pojemności 30 szkiełek  - Tacka na uszkodzone szkiełka  - Magazynek na szkiełka nakrywkowe o wymiarach 40-60 x 22 mm  - Magazynek na szkiełka nakrywkowe o wymiarach 40-60 x 24 mm  - Szklana fiolka o pojemności 12 ml dla pozycji spoczynkowej dozownika medium  - Wąż odprowadzający opary o długości 3m | |  | TAK / NIE |
| 22 | Możliwość doposażenia w:  - Magazynki wyjściowe o pojemności 20 szkiełek  - Koszyki na szkiełka po pojemności 20 szkiełek  - Koszyki na szkiełka po pojemności 30 szkiełek wykonane  z metalu  - Adapter oraz zacisk do stosowania koszyków z barwiarki Leica HistoCore SPECTRA ST  - Adaptery do łaźni do stosowania koszyków różnych producentów | |  | TAK / NIE |
| C | ***STACJA ROBOCZA*** | | | |
| 1 | Urządzenia połączone automatyczną stacją transferową. | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 2 | Operator uruchamia proces poprzez umieszczenie koszyczka  z preparatami w stacji załadowczej barwiarki. Pojemniki na preparaty są przenoszone ze stacji rozładunkowej barwiarki do stacji transferowej za pomocą ramienia transferowego. Następnie pojemnik na preparaty jest przenoszony do nakrywarki, umieszczany w łaźni załadowczej i opracowywany. Po zakończeniu operacji zamykania preparatów pusty pojemnik na szkiełka z preparatem przenoszony jest na rynnę rozładowczą stacji transferowej. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Pojemność rynny rozładowczej stacji transferowej – maksymalnie 3 koszyki na szkiełka | |  | TAK / NIE |
| 4 | Możliwość nakrywania szkiełek wstawionych ręcznie do nakrywarki, z pominięciem modułu barwiącego. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Urządzenia mogą działać niezależnie, w przypadku awarii jednego z modułów praca drugiego pozostaje niezakłócona. | |  | TAK / NIE |
| 6 | Maksymalne wymiary stacji roboczej:  Szerokość : 1620 mm  Głębokość: 600 mm  Wysokość: 980 mm | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie dwumodułowego zintegrowanego urządzenia do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych wraz z integracją  z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego dwumodułowego zintegrowanego urządzenia do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem) w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na dwumodułowe zintegrowane urządzenie do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na dwumodułowe zintegrowane urządzenie do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2 B**

***PAKIET NR 2***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* ZINTEGROWANE URZĄDZENIE DO BARWIENIA I NAKRYWANIA   
PREPARATÓW MIKROSKOPOWYCH *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na dwumodułowe zintegrowane urządzenie do barwienia i nakrywania preparatów mikroskopowych | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Możliwość zdefiniowania zakończenia programu w innej stacji niż szuflada wyjściowa. Urządzenie musi wskazywać, z której stacji należy wyjąć koszyk |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Możliwość zastosowania koszyków do barwień specjalnych  o pojemności maksymalnej 5 szkiełek oraz wkładek do kuwet zmniejszających ich pojemność |  | TAK / NIE\* |
| 5 | Automat do zamykania preparatów tkanek, komórek lub rozmazów na szkiełkach mikroskopowych przy użyciu różnych preparatów do zamykania |  | TAK / NIE\* |
| 6 | Możliwość regulacji głośności klawiszy, komunikatów oraz sygnału dźwiękowego w trzech krokach |  | TAK / NIE\* |
| 7 | Urządzenia połączone automatyczną stacją transferową |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 3 –* PÓŁAUTOMATYCZNY MIKROTOM ROTACYJNY *– 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Półautomatyczny mikrotom rotacyjny |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3 A**

***PAKIET NR 3***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY PÓŁAUTOMATYCZNEGO MIKROTOMU ROTACYJNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Półautomatyczny mikrotom rotacyjny fabrycznie nowy,  nie powystawowy, nie rekondycjonowany i nie używany. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 5 | Półautomatyczny mikrotom rotacyjny z uchwytem do kasetek i uchwytem do żyletek nisko profilowych | |  | TAK / NIE |
| 6 | Regulacja próbki na głowicy w osi X/Y o kąt +/-8° z wizualnym mechanicznym czerwonym wskaźnikiem zmiany położenia  w stosunku do pozycji 0 | | 10 KT | Dodatkowo punktowane |
| 7 | 2 panele sterowania urządzenia, jeden wbudowany  w urządzenie, drugi zewnętrzny | |  | TAK / NIE |
| 8 | Wyświetlacz z informacjami o włączonej blokadzie koła zamachowego, włączonej retrakcji, wartości grubości cięcia lub trymowania, licznika cięć, graficznego wskaźnika położenia głowicy w dostępnym zakresie | |  | TAK / NIE |
| 9 | Panel sterowania z przyciskami zmiany trybu między cięciem a trymowaniem, zmiany wartości ustawień, zmiany położenia głowicy, retrakcji | |  | TAK / NIE |
| 10 | Dwa sposoby blokowania koła zamachowego: za pomocą dźwigni u podstawy koła zamachowego, pozwalającej zatrzymać je w dowolnej pozycji oraz szybkiej blokady koła, która blokuje głowicę preparatu w jej najwyższym położeniu; | |  | TAK / NIE |
| 11 | Dodatkowe koło przesuwu zgrubnego głowicy zlokalizowane po przeciwnej stronie koła zamachowego | |  | TAK / NIE |
| 12 | Dodatkowe koło przesuwu zgrubnego głowicy zlokalizowane po przeciwnej stronie koła zamachowego | |  | TAK / NIE |
| 13 | Funkcja Memory tj. automatyczne przywrócenie do zapamiętanej wcześniej pozycji głowicy za pomocą jednego kliknięcia przycisku. | |  | TAK / NIE |
| 14 | Regulacja kąta natarcia noża od 0 do 10 | |  | TAK / NIE |
| 15 | Wbudowana linijka na podstawie do mocowania stolika na noże mikrotomowe ułatwiająca odnalezienie ustalonej pozycji montażu | |  | TAK / NIE |
| 16 | Dźwiękowa i wizualna sygnalizacja osiągnięcia początku oraz końca wysuwu głowicy | |  | TAK / NIE |
| 17 | Uchwyt na noże jednorazowe z osłoną oraz z suwakiem do bezpiecznego demontażu zużytego noża mikrotomowego | |  | TAK / NIE |
| 18 | Tryb uśpienia wywoływany po 15 minutach przerwy w pracy, wybudzany dowolnym przyciskiem | |  | TAK / NIE |
| 19 | Grubość cięcia regulowana w zakresie 0,5–100 μm | |  | TAK / NIE |
| 20 | Ustawianie wartości cięcia w krokach:  - 0,5 - 5 μm co 0,5 μm;  - od 5 - 20 μm co 1 μm;  - od 20 - 50 μm co 5 μm;  - od 50 - 100 μm co 10 μm; | |  | TAK / NIE |
| 21 | Grubość trymowania regulowana w zakresie od 1μm | |  | TAK / NIE |
| 22 | Ustawianie wartości trymowania w krokach:  - od 1 - 10 μm co 1 μm;  - od 10 - 20 μm co 2 μm;  - od 20 - 50 μm co 5 μm;  - od 50 - 100 μm co 10 μm;  - od 100 - 600 μm co 50 μm | |  | TAK / NIE |
| 23 | Poziomy zakres ruchu głowicy: min. 27 mm | |  | TAK / NIE |
| 24 | Pionowy zakres ruchu głowicy: min. 70 mm | |  | TAK / NIE |
| 25 | Szybkość przesuwu głowicy: 20 μm / jednorazowe naciśnięcie przycisku, 1000 μm/s w trybie ciągłym, do 2000 μm/s w trybie przyspieszonym | |  | TAK / NIE |
| 26 | Duża tacka na ścinki z magnetycznym mocowaniem do korpusu urządzenia | | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 27 | Uchwyt do przenoszenia mikrotomu umieszczony z tyłu urządzenia | |  | TAK / NIE |
| 28 | Półka na akcesoria | |  | TAK / NIE |
| 29 | Rozmiar próbki (dł. x wys. x szer.) min.: 50 x 60 x 40 mm | |  | TAK / NIE |
| 30 | Wymiary urządzenia max.: 576 x 423 x 286 mm (dł. x szer. x wys.) | |  | TAK / NIE |
| 31 | Waga max. 35 kg. | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie półautomatycznego mikrotomu rotacyjnego wraz z integracją  z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego półautomatycznego mikrotomu rotacyjnego na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem)  w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na półautomatyczny mikrotom rotacyjny  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na półautomatyczny mikrotom rotacyjny.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3 B**

***PAKIET NR 3***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* PÓŁAUTOMATYCZNY MIKROTOM ROTACYJNY *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na półautomatyczny mikrotom rotacyjny | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Regulacja próbki na głowicy w osi X/Y o kąt +/-8° z wizualnym mechanicznym czerwonym wskaźnikiem zmiany położenia w stosunku do pozycji 0 |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Duża tacka na ścinki z magnetycznym mocowaniem do korpusu urządzenia |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 4 – MIKROSKOP ŚWIETLNY – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Mikroskop świetlny |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 4 A**

***PAKIET NR 4***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY MIKROSKOPU ŚWETLNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Mikroskop świetlny fabrycznie nowe,  nie powystawowe, nie rekondycjonowane i nie używane. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 5 | Rewolwer kodowany, minimum 5 gniazd na obiektywy, pochylony do tyłu w celu zwiększenia powierzchni roboczej. | |  | TAK / NIE |
| 6 | Menedżer oświetlenia – możliwość zapamiętania ustawień natężenia światła indywidualnie dla każdego z obiektywów. Po zmianie obiektywu urządzenie automatycznie zmienia natężenie oświetlenia. | |  | TAK / NIE |
| 7 | LED-owe źródło światła – odpowiednik lampy halogenowej o mocy 30W. | |  | TAK / NIE |
| 8 | Baza mikroskopu do obserwacji w świetle przechodzącym, współosiowe pokrętła ruchu zgrubnego i dokładnego z manualnym mechanizmem przesuwu stolika w osi Z, zakres przesuwu minimum 25mm, przesuw zgrubny minimum 15mm/obrót, przesuw dokładny minimum 100um/obrót, dokładność ogniskowania nie gorsza niż 1um. | |  | TAK / NIE |
| 9 | Mechanizm blokady dowolnego położenia stolika | |  | TAK / NIE |
| 10 | Uchylna nasadka dwuokularowa z regulacją dioptryjną w lewym tubusie okularowym, kąt nachylenia minimum 5-35°.. | |  | TAK / NIE |
| 11 | Okulary szerokopolowe o powiększeniu 10x,  FN=22, jeden  z możliwością korekcji dioptrii (ostrości) w zakresie +/-5.  Korekcja w drugim okularze z poziomu nasadki okularowej. Okulary wyposażone w gumowe muszle oczne zwijane. Możliwość montażu wkładek mikrometrycznych. | |  | TAK / NIE |
| 12 | Pokrętła regulacji intensywności oświetlenia umieszczone  w przedniej części statywu. | |  | TAK / NIE |
| 13 | Oświetlacz do światła przechodzącego wg systemu Koehlera  z polem widzenia FN minimum 26. | |  | TAK / NIE |
| Oświetlacz do światła przechodzącego wg systemu Koehlera z polem widzenia FN powyżej 26 | | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 14 | Mechaniczny stolik przedmiotowy z bezzębatkowym mechanizmem ruchów krzyżowych, ceramiczna powłoka powierzchni roboczej, prawostronne pokrętła napędowe, osłonięty mechanizm oporowy ruchów krzyżowych, zakres ruchów krzyżowych min 75x50mm, możliwość obracania stolika. | |  | TAK / NIE |
| 15 | Podwójny uchwyt dla jednego lub dwóch preparatów, lewostronny element dociskowy. | |  | TAK / NIE |
| 16 | Modułowa budowa – pozwala na rozbudowę mikroskopu o dodatkowe funkcje (fluorescencja, kontrast Nomarskiego, polaryzacja) | |  | TAK / NIE |
| 17 | Baza mikroskopu współpracuje z obiektywami w zakresie  1,25x do 100x | |  | TAK / NIE |
| 18 | Kondensor współpracujący z obiektywami (2-60x). | |  | TAK / NIE |
| Kondensor bez uchylnej soczewki współpracujący z obiektywami (2-60x) | | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 19 | Obiektywy o długości optycznej 45mm, korygowane na nieskończoność:  - plan achromat o powiększeniu 2x, odległość robocza 5,8 mm, apertura numeryczna 0,06  - plan achromat o powiększeniu 4x. Odległość robocza 18.5 mm, apertura numeryczna 0.10  - plan achromat o powiększeniu 10x. Odległość robocza 10.6 mm, apertura numeryczna 0.25  - plan achromat o powiększeniu 40x. Odległość robocza 0.6 mm, apertura numeryczna 0.65.  - plan achromat o powiększeniu 20x. Odległość robocza 1.2 mm, apertura numeryczna 0.40 | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie mikroskopu świetlnego wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego mikroskopu świetlnego na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem)  w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na mikroskop świetlny  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na mikroskop świetlny.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 4 B**

***PAKIET NR 4***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* MIKROSKOP ŚWIETLNY *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na mikroskop świetlny | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Oświetlacz do światła przechodzącego wg systemu Koehlera z polem widzenia FN powyżej 26 |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Kondensor bez uchylnej soczewki współpracujący z obiektywami (2-60x) |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 5 – CIEPLARKA LABORATORYJNA – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Cieplarka laboratoryjna |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 5 A**

***PAKIET NR 5***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY CIEPLARKI LABORATORYJNEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Cieplarka laboratoryjna fabrycznie nowa, nie powystawowa, nie rekondycjonowana i nie używana. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 5 | Pojemność komory cieplarki: min. 50 litrów, max. 80 litrów | |  | TAK / NIE |
| 6 | Zakres temperatury w zakresie od + 20°C do + 80°C.  Dokładność ustawienia temperatury: co 0.1°C | |  | TAK / NIE |
| 7 | Drzwi otwierane „z łokcia” przy użyciu dużego uchwytu wzdłuż drzwi, dostęp do wnętrza komory (brak klasycznej klamki) z ryglowaniem 2-punktowym | |  | TAK / NIE |
| 8 | Wyświetlacz graficzny LCD | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Szklane drzwi wewnętrzne | |  | TAK / NIE |
| 10 | Alarm dla komunikatów błędu. | |  | TAK / NIE |
| 11 | Ilość półek: minimum 1 o regulowanym położeniu | |  | TAK / NIE |
| 12 | Dopuszczalne obciążenie półki nie mniej niż 20 kg, załadunek komory minimum 70 kg | |  | TAK / NIE |
| 13 | Komora wewnętrzna - stal nierdzewna | |  | TAK / NIE |
| 14 | Obudowa zewnętrzna ze stali nierdzewnej | |  | TAK / NIE |
| 15 | Naturalny obieg powietrza z elektroniczną regulacją klapki wentylacyjnej od 0-100% w krokach co 10%. | |  | TAK / NIE |
| 16 | Regulowane parametry: temperatura (stopnie Celsjusza lub Fahrenheita), położenie klapy powietrza, czas programu, strefy czasowe, czas letni/zimowy | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 17 | Timer z ustawieniem czasu docelowego, regulowany od 1 minuty do 99 dni; Funkcja czasu procesu rozpoczynająca się, od osiągnięcia ustawionej temperatury | |  | TAK / NIE |
| 18 | Minimalne wymiary wewnętrzne (szer. x wys. x gł.):400 x 400x 350 mm (+/-20 mm). | |  | TAK / NIE |
| 19 | Maksymalne wymiary zewnętrzne bez rączki (szer. x wys. x gł.):600 x 800x 500 mm (+/-20 mm). | |  | TAK / NIE |
| 20 | Zasilanie 230V/50Hz; moc max. 1000W; | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie cieplarki laboratoryjnej wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanej cieplarki laboratoryjnej na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem)  w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na cieplarkę laboratoryjną  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na cieplarkę laboratoryjną.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 5 B**

***PAKIET NR 5***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* CIEPLARKA LABORATORYJNA *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na cieplarkę laboratoryjną | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Wyświetlacz graficzny LCD |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Regulowane parametry: temperatura (stopnie Celsjusza lub Fahrenheita), położenie klapy powietrza, czas programu, strefy czasowe, czas letni/zimowy |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 6 – WIRÓWKA CYTOLOGICZNA – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Wirówka cytologiczna |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie personelu (maksymalnie 4 osoby) potwierdzone stosownymi Certyfikatami |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość i data)

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

**ZAŁĄCZNIK NR 6 A**

***PAKIET NR 6***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE PARAMETRY WIRÓWKI CYTOLOGICZNEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** | | |
|  | **Producent ………………………………………** | | | |
|  | **Model ……………………………………………** | | | |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż X / 2022 …………………………….** | | | |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| **1** | **NAZWA / TYP** | |  | **PODAĆ** |
| 2 | Wirówka cytologiczna fabrycznie nowa, nie powystawowa, nie rekondycjonowana i nie używana. | |  | TAK / NIE |
| 3 | Deklaracja zgodności CE – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 4 | Dokumenty wymagane ustawą o wyrobach medycznych – *DOŁĄCZYĆ DO OFERTY* | |  | TAK / NIE |
| 5 | Wirówka cytologiczna sterowana mikroprocesorem | |  | TAK / NIE |
| 6 | Prędkość obrotowa programowana, od 200 do 2000 obrotów/min. | |  | TAK / NIE |
| 7 | Programowana wielkość przyspieszenia w 3 zakresach. | |  | TAK / NIE |
| 8 | Pamięć minimum 20 programów z możliwością zapisania (w pamięci nieulotnej urządzenia) czasu pracy, prędkości wirowania i przyspieszanie, niezależnie dla każdego z programów | |  | TAK / NIE |
| Pamięć powyżej 20 programów z możliwością zapisania  (w pamięci nieulotnej urządzenia) czasu pracy, prędkości wirowania i przyspieszanie, niezależnie dla każdego z programów | | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Wyświetlanie aktualnej prędkości obrotowej oraz czasu pozostałego do końca wirowania. | |  | TAK / NIE |
| 10 | Klawiatura wirówki membranowa odporna na zalanie. | |  | TAK / NIE |
| 11 | Pokrywa wirówki wyposażona w wziernik umożliwiający obserwację przebiegu wirowania. | |  | TAK / NIE |
| 12 | Zdejmowanie i montaż rotora w wirówce bez użycia narzędzi (szybkie wyjęcia rotora z wirówki i umieszczenia w dygestorium  w celu utrwalenie materiału cytologicznego które ma zapobiec autolizie lub wysuszeniu komórek) | |  | TAK / NIE |
| 13 | Rotor, pokrywa rotora i uszczelka odporne na sterylizację  parową w 121°C przez 15 min. | |  | TAK / NIE |
| 14 | Rotor wyposażony we własną – niezależną od pokrywy wirówki - pokrywę oraz uszczelkę –stanowiącą dodatkowe zabezpieczenie przed zachlapaniem stanowiska pracy oraz urządzenia podczas przenoszenia/ wyjmowania rotora. Otwieranie i zamykanie pokrywy rotora za pomocą przycisku zwalniającego blokadę obsługiwane jedną ręką | | 10 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 15 | Komora wykonana z jednorodnego materiału, bez łączeń mechanicznych w celu zabezpieczenia wirówki przed rozlaniem płynów podczas wirowania. | |  | TAK / NIE |
| 16 | Pokrywa wirówki wyposażona w przeźroczystą – nie koloryzowaną szybkę w celu szybkiego sprawdzenia, czy  w rotorze znajdują się kominki. | |  | TAK / NIE |
| 17 | Rotor na co najmniej 12 pojemników na próbki. | |  | TAK / NIE |
| 18 | Możliwość wirowania próbek o pojemnościach od 0,1 ml do 6 ml. | |  | TAK / NIE |
| 19 | Pionowe ustawienie szkiełek podczas wirowania | |  | TAK / NIE |
| 20 | Możliwość wirowania podwójnych próbek, łącznie 24 próbki. | |  | TAK / NIE |
| 21 | Możliwość sterylizacji wszystkich części rotora. | |  | TAK / NIE |
| 22 | System awaryjnego otwierania pokrywy w przypadku braku zasilania. | |  | TAK / NIE |
| 23 | Alarm akustyczny nie wyważenia.. | |  | TAK / NIE |
| 24 | Sygnalizacja akustyczna zakończenia wirowania | |  | TAK / NIE |
| 25 | Możliwość wykonywania cytobloków czyli umieszczania komórek w trakcie wirowania bezpośrednio do kasetek histologicznych. | |  | TAK / NIE |
| 26 | *Akcesoria :*   * klipsy ze stali nierdzewnej – min 12 szt. * kominki pojedyncza wielokrotnego użytku – min 12 szt. * filterki koloru białego podwójne – min 200 szt. * Filterki koloru brązowego podwójne do próbek o pojemności od 0,4ml do 0,1 ml- min 200 szt. * kominki jednorazowe z klipsem o pojemności 6 ml  wraz z dopasowanymi szkiełkami – min 50 szt. * kominki pojedyncze jednorazowe o pojemności 0,5 ml  wraz z dopasowanymi szkiełkami – min 50 szt. * kominki podwójne jednorazowe – min 25 szt. * Koncentrat buforowanej formaliny (Kwasami) bez fosforanów – 4 l do wykonania 20 l formaliny, * Odczynnik utrwalający do płynów o pojemności 4 l * Odczynnik utrwalający do płynów krwistych o pojemności 4 l * zestaw do uzyskania min 100 cytobloków, zawierający : płyn osadzający oraz żelujący do osadzenia zawiesin komórkowych oraz kasetki histologiczne kompatybilne z klipsami ze stali nierdzewnej.   W celu pełnej integracji wszystkie produkty muszą pochodzić  od tego samego producenta co wirówka cytologiczna | |  | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie wirówki cytologicznej wraz z integracją z infrastrukturą Zamawiającego. | |  | TAK / NIE |
| 2 | Jeżeli dostawa jest realizowana przez autoryzowanego   dystrybutora producenta, należy do Oferty załączyć stosowny   dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 3 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanej wirówki cytologicznej na terenie Polski.  Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | | DOŁĄCZYĆ  DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 4 pracowników Pracowni Patomorfologii zakresie obsługi i pełnego korzystania z urządzenia.  Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami. | |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z urządzeniem) w wersji papierowej oraz elektronicznej | |  | TAK / NIE |
| 6 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski | |  | TAK / NIE |
| 7 | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności | |  | TAK / NIE |
| 8 | Gwarancja w okresie 24 miesiące obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wirówkę cytologiczną  (w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) | |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na wirówkę cytologiczną.  (w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach ) | | 15 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | |  |  |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | | 5 PKT | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat | |  | 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.

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry minimalne i dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora.

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

**Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 6 B**

***PAKIET NR 6***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* WIRÓWKA CYTOLOGICZNA *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na wirówkę cytologiczną | X | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | X | TAK / NIE\* |
| 3 | Pamięć powyżej 20 programów z możliwością zapisania  (w pamięci nieulotnej urządzenia) czasu pracy, prędkości wirowania i przyspieszanie, niezależnie dla każdego z programów |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Rotor wyposażony we własną – niezależną od pokrywy wirówki - pokrywę oraz uszczelkę –stanowiącą dodatkowe zabezpieczenie przed zachlapaniem stanowiska pracy oraz urządzenia podczas przenoszenia/ wyjmowania rotora. Otwieranie i zamykanie pokrywy rotora za pomocą przycisku zwalniającego blokadę obsługiwane jedną ręką |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.  
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument sporządzony przez producenta, 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.**

Zamawiający dopuszcza, aby dokumenty potwierdzające parametry dodatkowo oceniane były sporządzone przez autoryzowanego przedstawiciela / dystrybutora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 8**  **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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach”   
z siedzibą: ul. 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 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. 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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem referencyjnym:* ***ZP/D/4/23****, oświadczam że:*

* + - 1. *Oświadczam, że* ***nie podlegam / 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. *Oświadczam, że* ***nie podlegam******/ 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 2022/5761\**
      3. *Oświadczam, że* ***nie zachodzą / 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)

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:

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

b) 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

c) 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.

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.

**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:

……………………………………

**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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach”   
z siedzibą: ul. 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 11**

**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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP/D/ 4 /23****, 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 12** |
|  | **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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: ulicy 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 13**

**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)

**ZAŁĄCZNIK NR 14**

**WYKAZ DOSTAW** – **DOTYCZY PAKIETÓW NR 1 i NR 2** –

**wykonanych lub wykonywanych w okresie 3 ostatnich lat przed upływem terminu składania ofert**

**(a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie)**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest „Zakup aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” - znak sprawy: ZP/D/4/23 przedstawiam/my następujące informacje:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Odbiorcy dostaw | Rodzaj wykonanych dostaw, zgodny z  wymaganiami postawionymi w Ogłoszeniu | Termin wykonywania  od…… do…. | Wartość  brutto (w zł) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

***UWAGA:***

Na potwierdzenie należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |