**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – 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 1 A**

***PAKIET NR 1***

**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 1 B**

***PAKIET NR 1***

**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 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – WIRÓWKA LABORATORYJNA – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT**  **( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Wirówka laboratoryjna |  |  |  |  |
| 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 WIRÓWKI 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 | Wirówka 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 | Zasilanie 230V 50/60Hz | |  | | TAK / NIE |
| 6 | Moc nie większa niż 200 W | |  | | TAK / NIE |
| 7 | Pojemność co najmniej 500 ml | |  | | TAK / NIE |
| 8 | Zakres obrotów min 150 ÷ 5 800 RPM, regulacja skoku co 1 RPM | |  | | TAK / NIE |
| 9 | RCF minimum 4 600 x g | |  | | TAK / NIE |
| 10 | Regulacja czasu w zakresie minimum 1s ÷ 9h 59min 59s,  krok co 1s | |  | | TAK / NIE |
| 11 | Wymiary nie przekraczające 320 x 360 x 470mm [WxSxG] +/- 10% | |  | | TAK / NIE |
| 12 | Silnik nie wymagający napraw - indukcyjny | |  | | TAK / NIE |
| 13 | Wyświetlacz graficzny LCD z funkcją wygaszania po okresie bezczynności | | 10 PKT | | Dodatkowo punktowane |
| 14 | Wyświetlacz ma pokazywać jednocześnie minimum informacjI: obroty, przyspieszenie i czas. | |  | | TAK / NIE |
| 15 | Alarmy wizualne i dźwiękowe sygnalizujące stan pracy oraz błędy | |  | | TAK / NIE |
| 16 | Minimum 55 programów użytkownika | |  | | TAK / NIE |
| 17 | Co najmniej 10 charakterystyk rozpędzania/hamowania | |  | | TAK / NIE |
| 18 | Automatyczne przeliczanie prędkości lub RCF | |  | | TAK / NIE |
| 19 | 2 tryby zliczania czasu - od naciśnięcia klawisza start lub od osiągnięcia zadanej prędkości. | |  | | TAK / NIE |
| 20 | Praca w trybie ciągłym oraz praca krótkotrwała – od naciśnięcia do puszczenia przycisku | |  | | TAK / NIE |
| 21 | Możliwość zmiany parametrów podczas wirowania | | 5 PKT | | Dodatkowo punktowane |
| 22 | Autoidentyfikacja wirnika | |  | | TAK / NIE |
| 23 | Funkcja automatyczne otwieranie pokrywy z opcją jej wyłączenia | | 5 PKT | | Dodatkowo punktowane |
| 24 | Blokowanie wybranych funkcji, ochrona dostępu przy użyciu hasła | |  | | TAK / NIE |
| 25 | Komora wirowania wykonana ze stali nierdzewnej | |  | | TAK / NIE |
| 26 | Czujnik niewyważenia wirnika | |  | | TAK / NIE |
| 27 | Awaryjne otwieranie pokrywy | |  | | TAK / NIE |
| 28 | Wirówka wyposażona w wirnik stało kątowy, mieszczący minimum 12 probówek, wyposażony we wszystkie niezbędne elementy dla probówek o średnicy 13 i 16mm oraz wysokości od 75 do 110mm | |  | | TAK / NIE |
| 29 | Wskazany wirnik ma osiągać min 4000xg | |  | | TAK / NIE |
| 30 | Menu w języku polskim | |  | | TAK / NIE |
| 31 | Waga do 25 kg | |  | | TAK / NIE |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** | | | | |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie wirówki 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 wirówki 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 wirówkę 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 wirówkę 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 2 B**

***PAKIET NR 2***

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

***–* WIRÓWKA LABORATORYJNA *–***

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gwarancja 36 miesięcy na wirówkę 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 z funkcją wygaszania po okresie bezczynności |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Możliwość zmiany parametrów podczas wirowania |  | TAK / NIE\* |
| 5 | Funkcja automatyczne otwieranie pokrywy z opcją jej wyłączenia |  | 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 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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół 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/ adres 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 aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 7 /23**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

***PAKIET NR ……..\****

* + - * 1. ***CENA* :**

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

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

* + - * 1. ***GWARANCJA****:* …………………… MIESIĘCY
        2. ***PARAMETRY TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE – ZAŁĄCZNIK NR 1B – NR 2B do SWZ***

***\* Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, na ile części – Pakietów – składa ofertę; należy wpisać Numer Pakietu.***

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 4**  **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 5**

**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/7/23****, 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 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:

……………………………………

**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 7**

**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/ 7 /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 8** |
|  | **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 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:

……………………………………

**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)