**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – UNIT STOMATOLOGICZNY – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Unit stomatologiczny – ***1 sztuka*** |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie stanowiskowe personelu potwierdzone stosownym potwierdzenia Certyfikatem |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 1 A**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY UNITU STOMATOLOGICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów** |
|  | **Producent ………………………………………** |
|  | **Model ……………………………………………** |
|  | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2024 …………………………….** |
| ***I.*** | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | **NAZWA / TYP** |  | **PODAĆ** |
| 2 | Unit stomatologiczny 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 | Rękawy robocze „*OD GÓRY*” |  | TAK / NIE |
| 6 | Blok spluwaczki zawieszony na fotelu – reflektor , konsole lekarza i asysty zmieniają wysokość wraz z fotelem |  | TAK / NIE |
| 7 | Panel sterowania z cyfrowym wyświetlaczem parametrów pracyi zintegrowanym negatoskopem |  | TAK / NIE |
| 8 | Sterownik nożny wychylny w lewo bez wody w prawo z wodą oraz płynną regulacją zadanej mocy i w lewo i w prawo |  | TAK / NIE |
| 9 | Konsola lekarska z hamulcem mechanicznym wyposażona w: |  | TAK / NIE |
| a) | Dmuchawka kątowa (3 – funkcyjna) |  | TAK / NIE |
| b) | Lampa polimeryzacyjna (światłowód ø8mm, 6 programów, 500-2200mW/cm2) |  | TAK / NIE |
| c) | Skaler piezoelektryczny (gwint w standardzie EMS) ze światłem led |  | TAK / NIE |
| d) | Mikrosilnik (bezszczotkowy ze światłem z LED, 100-40000rpm /3,3Ncm) |  | TAK / NIE |
| e) | MIDWEST ze światłem (rękaw turbinowy z zasilaniem) |  | TAK / NIE |
| 10 | Konsola asysty z dotykowym panelem sterowania na pojedynczym ramieniu, wyposażona od prawej w: |  | TAK / NIE |
| a) | Rękaw standardowego ssaka z regulowanym terminalem(z redukcją do ślinociągu) |  | TAK / NIE |
| b)  | Rękaw dużego ssaka z regulowanym terminalem (z redukcją do standardowego) |  | TAK / NIE |
| 11 | System ssący MOKRY (unit wymaga indywidualnej, zewnętrznej pompy z separacją brudnej wody) – mokra pompa ssaka |  | TAK / NIE |
| 12 | Spluwaczka z ruchomą misą z odpływem do kanalizacji |  | TAK / NIE |
| 13 | Lampa ledowa  z bezdotykową  regulacją natężenia światła i wyłączaniem oraz trybem polimeryzacyjnym lub w wersji mtc z regulacją barwy |  | TAK / NIE |
| 14 | Fotel pacjenta o udźwigu 190kg, bezszwowa tapicerka , lewy podłokietnik – zagłówek mechaniczny, z blokadą pneumatyczną, praca w 3 płaszczyznach |  | TAK / NIE |
| 15 | Komplet końcówek |  | TAK / NIE |
| a) | Kątnica turbinowa ze światłem w standardzie NSK |  | TAK / NIE |
| b) | Złączka na midwest |  | TAK / NIE |
| c) | Kątnica na mikrosilnik ze światłem w standardzie NSK |  | TAK / NIE |
| 16 | Pod panelem lekarza półka z tacą narzędziową |  | TAK / NIE |
| 17 | Możliwość sterylizacji końcówek roboczych w temperaturze nie mniejszej niż 1340 C. |  | TAK / NIE |
| 18 | SEPARATOR AMALGAMATU |  | TAK / NIE |
| 19 | KOMPRESOR 2 STANOWISKOWY |  | TAK / NIE |
| 20 | Zdalne aktualizacje |  | TAK / NIE |
| 21 | Diagnostyka fabryczna przez sieć Wifi | 5 pkt | Dodatkowo punktowane |
| 22 | Cztery (4) dodatkowe końcówki do skalera | 10 pkt  | Dodatkowo punktowane |
| ***II.*** | ***POZOSTAŁE WYMAGANIA*** |
| 1 | W cenie oferty instalacja, podłączenie i uruchomienie unitu stomatologicznego 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 unitu stomatologicznego na terenie Polski.Załączyć stosowny dokument wystawiony przez producenta | DOŁĄCZYĆ DO OFERTY | TAK / NIE |
| 4 | Szkolenie maksymalnie 8 pracowników Poradni Stomatologicznej w zakresie obsługi urządzenia i pełnego korzystania z systemu. Szkolenie potwierdzone zostanie stosownymi Certyfikatami.\*\*\* |  | TAK / NIE |
| 5 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z unitem) 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 unit ,kompresor, separator amalgamatu, pompa ssaka.(w tym dwa przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach i po 23 miesiącach) |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 36 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na unit ,kompresor, separator amalgamatu, pompa ssaka.(w tym trzy przeglądy serwisowe: po 12 miesiącach; po 24 miesiącach i po 35 miesiącach )  | 5 pkt | Dodatkowo punktowane |
| 9 | Gwarancja w okresie 12 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na końcówki robocze kątnica na mikrosilnik , mikrosilnik, kątnica turbinowa , skaler.(w tym dwa przeglądy serwisowe) |  | TAK / NIE |
| Gwarancja w okresie 18 miesięcy obejmująca pełne wsparcie serwisowe na końcówki robocze kątnica na mikrosilnik , mikrosilnik, kątnica turbinowa , skaler.(w tym dwa przeglądy serwisowe) | 5 pkt | Dodatkowo punktowane |
| 10 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze\*\*\* | 5 pkt | Dodatkowo punktowane |
| 11 | Zapewnienie unitu zastępczego od 4 dnia od zgłoszenia awarii oraz każdorazowo w przypadku zabrania aparatu z siedziby Zamawiającego\*\*\* |  | TAK / NIE |
| 12 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat\*\*\* |  | TAK / NIE |
| Zapewnienie części zamiennych przez okres 10 lat\*\*\* | 5 pkt | Dodatkowo punktowane |

***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.

\*\*\*Na potwierdzenie parametrów określonych w Tabeli w Punkcie II ppkt 1; 4; 10; 11 i 12 Wykonawca **wraz
z OFERTĄ** składa Oświadczenie

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 unit stomatologiczny jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 B**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–* UNIT STOMATOLOGICZNY –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Diagnostyka fabryczna przez sieć Wifi |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Cztery (4) dodatkowe końcówki do skalera |  | TAK / NIE\* |
| 3 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 10 lat\*\*\* |  | TAK / NIE\* |
| 4 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych / ocenianych**, Wykonawca wraz z OFERTĄ składa dokument / Oświadczenie.
 **Jeżeli złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne i nie potwierdzają parametrów dodatkowo ocenianych, Zamawiający nie będzie wzywał o ich złożenie lub uzupełnienie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – PERYMER KOMPUTEROWY – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Perymetr komputerowy – ***1 sztuka*** |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie stanowiskowe personelu potwierdzone stosownym Certyfikatem |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 2 A**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY PERYMETRU KOMPUTEROWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzeniespełnienia wymaganych parametrów\*** |
| **I** | **Producent**: …………………………………………. |
| **II** | **Model**: ………………………………………………… |
| **III** | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2024** : …………………..………………… |
| **IV** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Wysokiej klasy perymetr komputerowyFabrycznie nowy, nie powystawowy i nie rekondycjonowany. |  | TAK / NIE |
| 2 | Perymetr statyczny projekcyjny (projekcja bodźca na czaszę perymetru) |  | TAK / NIE |
| 3 | Czasza aparatu asferyczna o promieniu 30 cm zgodna ze standardem Goldmanna |  | TAK / NIE |
| 4 | Fala bodźca w świetle widzialnym |  | TAK / NIE |
| 5 | Czas trwania bodźca 200 ms |  | TAK / NIE |
| 6 | Intensywność bodźca od 0,8 asb do 10000 asb |  | TAK / NIE |
| 7 | Oświetlenie tła 31,5 asb |  | TAK / NIE |
| 8 | Maksymalny obszar pomiaru +/-900 |  | TAK / NIE |
| 9 | Wbudowany system czujników natężenia światła wewnątrz czaszy automatycznie regulujących natężenie światła tła w zależności od zaciemnienia pomieszczenia w których znajduje się aparat |  | TAK / NIE |
| Wykonywanie testów progowych i przesiewowych w zakresie:- pole centralne- pole peryferyjne- pełne pole |  |  |
| 10 | Kolory znaczka: biały, czerwony na białym, niebieskie na białym |  | TAK / NIE |
| 11 | Strategie mieszane testów:- badanie przesiewowe z uwzględnieniem bodźca względnego i bezwzględnego- badanie przesiewowe z pomiarem progowym w miejscu niedowidzenia |  | TAK / NIE |
| 12 | Algorytm skracający badanie bez straty informacji |  | TAK / NIE |
| 13 | Wielkość bodźca regulowana w zakresie I-V wg. Goldmanna |  | TAK / NIE |
| 14 | Podgląd video umożliwiający ciągłą kontrolę fiksacji pacjenta |  | TAK / NIE |
| 15 | Kontrola fiksacji wg. metody Heijl-Krakau |  | TAK / NIE |
| 16 | Automatyczny pomiar szerokości źrenicy |  | TAK / NIE |
| 17 | Możliwość wykonania testu progowego dołka plamki |  | TAK / NIE |
| 18 | Elektromotoryczne sterowanie podporą brody i czoła pacjenta |  | TAK / NIE |
| 19 | Możliwość śledzenia ruchów głowy i gałki ocznej oraz automatyczna elektromotoryczna korekta pozycji podpory brody i czoła |  | TAK / NIE |
| 20 | Wykonywanie testów czerwony na białym, niebieski na białym oraz testów SWAP (niebieskie na żółtym) |  | TAK / NIE |
| 21 | Możliwość wykonywania zdjęcia oka przy każdorazowej odpowiedzi pacjenta na znaczek |  | TAK / NIE |
| 22 | Kontrola błędów fałszywie negatywnych i fałszywie pozytywnych |  | TAK / NIE |
| 23 | Możliwość śledzenia progresji zmian w czasie za pomocą Visual Field Index |  | TAK / NIE |
| 24 | Urządzenie powinno być wyposażone w czaszę, komputer przetwarzający i archiwizujący dane oraz monitor zintegrowane w jednej obudowie |  | TAK / NIE |
| 25 | Sterowanie aparatem oraz wyświetlanie wyników poprzez wbudowany ekran dotykowy |  | TAK / NIE |
| 26 | Automatyczna korekcja wady pacjenta – płynna soczewka korekcyjna | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 27 | Możliwość zdalnego serwisu urządzenia |  | TAK / NIE |
| 28 | Skuteczność algorytmu skracającego badanie bez strat informacji potwierdzona w minimum 1 niezależnych badaniach klinicznych |  | TAK / NIE |
| Skuteczność algorytmu skracającego badanie bez strat informacji potwierdzona w dwóch i więcej niezależnych badaniach klinicznych | 5 pkt | KRYTERIUM |
| 29 | Wbudowana statystyczna baza danych do porównań z normą wiekową. |  | TAK / NIE |
| 30 | Analiza statystyczna wyników badania (porównanie z normą wiekową, porównanie badań między sobą, oceny istotności odchylenia standardowego PSD, korygowane średnie odchylenie standardowe CPSD, oraz analiza w przypadku nieprzeziernych ośrodków optycznych oka, mapy prawdopodobieństwa dla jaskry) |  | TAK / NIE |
| 31 | Uchwyt na soczewki korekcyjne z możliwością ruchu także w osi czaszy. | Podać | TAK / NIE |
| 32 | Stolik o napędzie elektromotorycznym |  | TAK / NIE |
| 33 | Wysokiej klasy drukarka laserowa umożliwiająca wydruk wyników testów |  | TAK / NIE |
| **V** | ***INNE:*** |  |  |
| 1 | Gwarancja zapewniona przez serwis 24 miesiące |  | TAK / NIE |
| Gwarancja zapewniona przez serwis 36 miesięcy | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 2 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z aparatem) w wersji papierowej oraz elektronicznej. |  | TAK / NIE |
| 3 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski |  | TAK / NIE |
| 4 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat |  | TAK / NIE |
| 5 | Certyfikat CE na aparat (należy dostarczyć wraz z aparatem) |  | TAK / NIE |
| 6 | Szkolenie stanowiskowe personelu potwierdzone stosownym Certyfikatem |  | TAK / NIE |
| 7 | Termin dostawy do …….. dni od daty zawarcia umowy |  | TAK / NIE |
|  8 | Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | 5 pkt | KRYTERIUM |
| 9 | Zapewnienie aparatu zastępczego od 5 dnia od zgłoszenia awarii oraz każdorazowo w przypadku zabrania aparatu z siedziby Zamawiającego. |  | TAK / NIE |

***UWAGA:***

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

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

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

\*\*Na potwierdzenie parametrów określonych w Tabeli w Punkcie V ppkt 4 oraz ppkt 6 – ppkt 9 Wykonawca **wraz
z OFERTĄ** składa Oświadczenie.

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

**Oświadczam,** że oferowany perymetr komputerowy jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 2 B**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–* PERYMETR KOMPUTEROWY –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Automatyczna korekcja wady pacjenta – płynna soczewka korekcyjna |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Skuteczność algorytmu skracającego badanie bez strat informacji potwierdzona w dwóch (2) i więcej niezależnych badaniach klinicznych |  | TAK / NIE\* |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych / 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

Na potwierdzenie parametru **dodatkowo punktowanego określonego w pkt 3** Wykonawca składa oświadczenie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 3 – AUTOKERATOREFRAKTOMETR Z TONOMETREM I PACHYMETREM – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Autokeratorefraktometr z tonometrem i pachymetrem– *1 sztuka* |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie stanowiskowe personelu potwierdzone stosownym Certyfikatem |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 3 A**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY
*AUTOKERATOREFRAKTOMETRU Z TONOMETREM I PACHYMETREM***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzeniespełnienia wymaganych parametrów\*** |
| **I** | **Producent**: …………………………………………. |
| **II** | **Model**: ………………………………………………… |
| **III** | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2024** : …………………..………………… |
| **IV** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Fabrycznie nowy, nie powystawowy i nie rekondycjonowany. |  | TAK / NIE |
| 2 | Zespolone urządzenie posiadające funkcje:* 1. autorefraktometru,
	2. keratometru,
	3. pachymetru optycznego (bezdotykowego),

tonometru bezdotykowego |  | TAK / NIE |
| 3 | Urządzenie z automatycznie naprowadzaną głowicą na oko pacjenta. Automatyczna zmiana badanego oka. |  | TAK / NIE |
| 4 | Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego, obrotowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8”. |  | TAK / NIE |
| 5 | Odchylany i obrotowy o min 180 stopni pulpit sterowania urządzeniem, zapewniający możliwość obsługi urządzenia stojącego w narożniku pomieszczenia |  | TAK / NIE |
| 6 | Tryby pracy głowicy:1. tryb automatyczny włącznie ze zmianą i wyszukiwaniem oka badanego,

tryb ręczny |  | TAK / NIE |
| 7 | Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów, z automatycznym odcinaniem papieru |  | TAK / NIE |
| 8 | Parametry autorefraktometru:1. minimalna średnica źrenicy 2 mm,
2. zakres pomiaru refrakcji sfery od -30D do +25D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D,
3. Zakres pomiaru cylindra od -12D do +12D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D.
4. Pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni co 1 stopień.
5. Możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm.
6. Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym.
7. Rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu.

Funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL). |  | TAK / NIE |
| 9 | Parametry keratometru:1. Zakres pomiaru mocy rogówki od 67D do 26D lub większy.
2. Zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -12D do +12D lub większy.
3. Pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień.

Możliwość pomiaru średnicy źrenicy, rogówki, itp. |  | TAK / NIE |
| 10 | Parametry tonometru:1. Dokładność pomiaru max. 1 mmHg
2. Zakres pomiaru od 1 mmHg do 60 mmHg.

elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka. |  | TAK / NIE |
| 11 | Parametry pachymetru:1. dokładność pomiaru 1 μm
2. Zakres pomiaru od 400 μm do 750 μm

elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka. |  | TAK / NIE |
| 12 | Kalkulacja ciśnienia wewnątrzgałkowego względem grubości rogówki |  | TAK / NIE |
| 13 | Stolik z blatem elektrycznie regulowany góra – dół |  |  |
| **V** | ***INNE:*** |  |  |
| 1 | Gwarancja zapewniona przez serwis 24 miesiące |  | TAK / NIE |
| Gwarancja zapewniona przez serwis 36 miesięcy | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 2 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z aparatem) w wersji papierowej oraz elektronicznej. |  | TAK / NIE |
| 3 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski |  | TAK / NIE |
| 4 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 5 lat |  | TAK / NIE |
| Zapewnienie części zamiennych przez okres 10 lat | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 5 | Certyfikat CE na aparat (należy dostarczyć wraz z aparatem) |  | TAK / NIE |
| 6 | Szkolenie stanowiskowe personelu potwierdzone stosownym Certyfikatem |  | TAK / NIE |
| 7 | Termin dostawy do …….. dni od daty zawarcia umowy |  | TAK / NIE |
|  8 | Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 9 | Zapewnienie aparatu zastępczego od 5 dnia od zgłoszenia awarii oraz każdorazowo w przypadku zabrania aparatu z siedziby Zamawiającego. |  | TAK / NIE |

***UWAGA:***

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

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

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

\*\*Na potwierdzenie parametrów określonych w Tabeli w Punkcie V ppkt 4; 6; 7; 8 i 9 Wykonawca **wraz
z OFERTĄ** składa Oświadczenie.

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

**Oświadczam,** że oferowany autokeratorefraktometr z tonometrem i pachymetremjest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3 B**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–* AUTOKERATOREFRAKTOMETR Z TONOMETREM I PACHYMETREM–**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zapewnienie części zamiennych przez okres 10 lat |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych / 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

Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych określonych w pkt 1 – 2**  Wykonawca składa oświadczenie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 4 – DEFIBRYLATOR AED – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Defibrylator AED – ***1 sztuka*** |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie stanowiskowe personelu bez potwierdzenia Certyfikatem |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 4 A**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY DEFIBRYLATORA AED**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzeniespełnienia wymaganych parametrów\*** |
| **I** | **Producent**: …………………………………………. |
| **II** | **Model**: ………………………………………………… |
| **III** | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2024** : …………………..………………… |
| **IV** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Fabrycznie nowy, nie powystawowy i nie rekondycjonowany. |  | TAK / NIE |
| 2 | Zakres energii: 50, 70,100,150, 200J (przy 50 ohm) |  | TAK / NIE |
| 3 | Czas przerwy w RKO maksymalnie 8 sekund |  | TAK / NIE |
| 4 | Tryb dla dorosłych i pediatryczny |  | TAK / NIE |
| 5 | Protokoły energii: 150J-200J-200J w trybie dla dorosłych, 50J-70J-70J w trybie pediatrycznym |  | TAK / NIE |
| 6 | Żywotność baterii (stan gotowości): min 4 lata |  | TAK / NIE |
| 7 | Autotesty urządzenia |  | TAK / NIE |
| 8 | Wymiary maks. 206 (szerokość) x 97 (wysokość) x 252 (głębokość) mm |  | TAK / NIE |
| 9 | Waga maksymalna 2,5 kg z baterią i elektrodami |  | TAK / NIE |
| Waga poniżej 2,5 kg z baterią i elektrodami  | 5 pktPodać | KRYTERIUM |
| 10 | Klasa szczelności minimum IP56 |  | TAK / NIE |
| Klasa szczelności powyżej IP57 | 10 pktPodać | KRYTERIUM |
| 11 | Skrzynka (szafka) dedykowana do przechowywania defibrylatora, zamykana na klucz, wyposażona w okienko rewizyjne dla kontrolowania zawartości |  | TAK / NIE |
| **V** | ***DODATKOWE WYPOSAŻENIE*** |  |  |
| 1 | Znak informacyjny AED 3D do montowania na ścianie |  | TAK / NIE |
| 2 | Tablica informacyjna lokalizacji AED do montowania na ścianie |  | TAK / NIE |
| **VI** | ***INNE:*** |  |  |
| 1 | Gwarancja zapewniona przez serwis 24 miesiące |  | TAK / NIE |
| Gwarancja zapewniona przez serwis 36 miesięcy | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 2 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z aparatem) w wersji papierowej oraz elektronicznej. |  | TAK / NIE |
| 3 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski |  | TAK / NIE |
| 4 | Certyfikat CE na aparat (należy dostarczyć wraz z aparatem) |  | TAK / NIE |
| 5 | Szkolenie stanowiskowe personelu bez potwierdzenia Certyfikatem |  | TAK / NIE |
| 6 | Termin dostawy do …….. dni od daty zawarcia umowy |  | TAK / NIE |
|  7 | Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | 5 pkt | KRYTERIUM |

***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.

\*\*Na potwierdzenie parametrów określonych w Tabeli w Punkcie VI ppkt 5 i 7 Wykonawca **wraz
z OFERTĄ** składa Oświadczenie.

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

**Oświadczam,** że oferowany defibrylator AED jest fabrycznie nowy i nie był urządzeniem demonstracyjnym i powystawowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 4 B**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–* DEFIBRYLATOR AED –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Waga poniżej 2,5 kg z baterią i elektrodami |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Klasa szczelności powyżej IP57 |  | TAK / NIE\* |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych / 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

Na potwierdzenie parametru **dodatkowo punktowanego określonego w pkt 3** Wykonawca składa oświadczenie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionyc

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 5 – DERMATOSKOP – 1 SZTUKA***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Producent** | **Wartość netto** | **Stawka VAT****( w %)** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Dermatoskop – ***1 sztuka*** |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie stanowiskowe personelu bez potwierdzenia Certyfikatem |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

 (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 A**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY
DERMATOSKOP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE URZĄDZENIA** | **Potwierdzeniespełnienia wymaganych parametrów\*** |
| **I** | **Producent**: …………………………………………. |
| **II** | **Model**: ………………………………………………… |
| **III** | **Rok produkcji nie wcześniej niż 2024** : …………………..………………… |
| **IV** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***PODAĆ NR STRONY\*\**** | ***POTWIERDZENIE\**** |
| 1 | Wysokiej klasy dermatoskopFabrycznie nowy, nie powystawowy i nie rekondycjonowany. |  | TAK / NIE |
| 2 | Powiększenie 10x |  | TAK / NIE |
| 3 | Achromatyczna soczewka |  | TAK / NIE |
| 4 | Minimum 16 diody LED |  | TAK / NIE |
| Powyżej 16 diody LED | 10 pktPodać | KRYTERIUM |
| 5 | Ładowanie przez złącze USB |  | TAK / NIE |
| 6 | Płytka magnetyczna ze skalą mm |  | TAK / NIE |
| 7 | Tryb polaryzacyjny bezkontaktowy |  | TAK / NIE |
| 8 | Tryb polaryzacyjny kontaktowy |  | TAK / NIE |
| 9 | Tryb immersyjny |  |  |
| 10 | ***ZESTAW MUSI ZAWIERAĆ:*** |  |  |
| W zestawie etui zabezpieczające przed porysowaniem |  | TAK / NIE |
| W zestawie kabel USB |  | TAK / NIE |
| W zestawie ściereczka z mikrofibry |  | TAK / NIE |
| W zestawie płytka do miejsc trudndostepnych |  | TAK / NIE |
| W zestawie dodatkowy pokrowiec skórzany |  | TAK / NIE |
| 11 | 3-stopniowa regulacja jasności |  | TAK / NIE |
| 12 | Obiektyw minimum 24 mm z dużym polem widzenia min 22 mm |  | TAK / NIE |
| Obiektyw powyżej 24 mm z dużym polem widzenia min 22 mm | 5 pktPodać | KRYTERIUM |
| 13 | Rozdzielczość optyczna min 95 PL |  | TAK / NIE |
| **V** | ***INNE:*** |  |  |
| 1 | Gwarancja zapewniona przez serwis 24 miesiące |  | TAK / NIE |
| Gwarancja zapewniona przez serwis 36 miesięcy | 10 pkt | KRYTERIUM |
| 2 | Instrukcja w j. polskim (należy dostarczyć wraz z aparatem) w wersji papierowej oraz elektronicznej. |  | TAK / NIE |
| 3 | Paszport techniczny z wykazem (danymi teleadresowymi) autoryzowanych serwisów na terenie Polski |  | TAK / NIE |
| 4 | Certyfikat CE na aparat (należy dostarczyć wraz z aparatem) |  | TAK / NIE |
| 5 | Szkolenie stanowiskowe personelu bez potwierdzenia Certyfikatem |  | TAK / NIE |
| 7 | Termin dostawy do …….. dni od daty zawarcia umowy |  | TAK / NIE |
|  8 | Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 48 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE |
| Reakcja serwisu ( wizyta / diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze | 5 pkt | KRYTERIUM |

***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.

\*\*Na potwierdzenie parametrów określonych w Tabeli w Punkcie V ppkt 5 i 8 Wykonawca **wraz
z OFERTĄ** składa Oświadczenie.

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024r.

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 5 B**

**FORMULARZ**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

 ***–* DERMATOSKOP –**

| ***Lp.*** | ***PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE*** | ***NR STRONY\*\**** | ***PARAMETRY OFEROWANE\**** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Powyżej 16 diody LED |  | TAK / NIE\* |
| 2 | Obiektyw powyżej 24 mm z dużym polem widzenia min 22 mm |  | TAK / NIE\* |
| 3 | Reakcja serwisu (wizyta/diagnostyka w siedzibie Zamawiającego) do 24 h od zgłoszenia awarii w dni robocze |  | TAK / NIE\* |

***UWAGA:***

\* W rubryce „Parametr oferowany” należy niepotrzebne skreślić.
\*\*Na potwierdzenie parametrów **dodatkowo punktowanych / 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 rok

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

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

***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 urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: 40-038 Katowice, ul. Powstańców 31, 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 poczty elektronicznej: …….……………….…..…….……………………………….….

*Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres elektronicznej skrzynki podawczej e – Zamówienia / 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 e – Zamówienia /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 urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 13 /24**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:
	* + - 1. ***CENA* :**

Cena netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Podatek VAT………% tj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

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

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

* + - * 1. ***GWARANCJA***– *dla Pakietu Nr 1:*
* na unit ,kompresor, separator amalgamatu, pompa ssaka : ……………… miesięcy
* kątnica na mikrosilnik , mikrosilnik, kątnica turbinowa , skaler: ……………… miesięcy
	+ - * 1. ***GWARANCJA****:* …………………… MIESIĘCY – *dla Pakietów Nr 2 – Nr 5*
				2. ***TERMIN DOSTAWY*** *:* …………………… DNI
				3. ***PARAMETRY TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE – ZAŁĄCZNIKI Nr 1B; Nr 2B; Nr 3B; 4B i Nr 5B do SWZ***
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 7****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 2024r. pozycja 1320 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na *„*Zakup urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: 40–038 Katowice ulica Powstańców 31, 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 8**

**Zamawiający:**

Zespół Wojewódzkich Przychodni

 Specjalistycznych w Katowicach

40-038 Katowice ul. Powstańców 31

**Wykonawca:**……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

*(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 2024 roku pozycja 1320 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Zakup urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem referencyjnym:* ***ZP/D/ 13 /24****, 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 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:

……………………………………

**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 2024r. pozycja 1320 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: 40-038 Katowice ul. Powstańców 31, 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 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:

……………………………………

*(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 2024 roku pozycja 1320 z późniejszymi zmianami) dalej jako: ustawa Pzp.

**DOTYCZĄCE POWSTANIA OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Zakup urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” *pod numerem* ***ZP /D/ 13 /24****, 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 11** |
|  | **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 urządzeń medycznych przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach z siedzibą: 40-038 Katowice ul. Powstańców 31; 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 12**

**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)