*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Pakiet nr 1** – **Skaner (lokalizator) żył, naczyń krwionośnych ( 1 szt).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDN. MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Skaner (lokalizator) żył, naczyń krwionośnych** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **Wymagane** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1. | Bezkontaktowy iluminator naczyniowy, bezpieczne, przenośne i podręczne urządzenie (trzymane w ręce z możliwością umieszczenia na statywie nabiurkowym lub statywie mobilnym) do iluminacji naczyniowej, umożliwiające zlokalizowanie żył z zastosowaniem bliskiej podczerwieni (NIR) | **TAK** |  |
| 2. | Urządzenie emituje światło podczerwone oraz widzialne i niewidzialne promieniowanie laserowe, które wykorzystane jest do lokalizacji żył podskórnych oraz podświetlenia ich pozycji na skórze bezpośrednio nad żyłami. Wizualizacja żył dokonuje się dzięki wchłanianiu promieniowania podczerwonego przez hemoglobinę we krwi. | **TAK** |  |
| 3. | Długość fali światła podczerwonego ca. 850 mm | **TAK** |  |
| 4. | Widoczna długość fali światła 530 mm | **TAK** |  |
| 5. | Rozmiar wyświetlania min. 3 rozmiary | **TAK** |  |
| 6. | Stopień jasności min. 3 stopnie | **TAK** |  |
| 7. | Tryb inwersji (pozytyw/negatyw) | **TAK** |  |
| 8. | Tryb Fine Mode do obrazowania żył położonych głębiej | **TAK** |  |
| 9. | Tryb czuwania | **TAK** |  |
| 10. | Alarm niskiego poziomu baterii | **TAK** |  |
| 11. | Podstawa jezdna do skanera żył z wysięgnikiem | **TAK** |  |
| 6. | Urządzenie zasilane akumulatorem litowo – jonowym , 3,6 V, 4300 mAh  | **TAK** |  |
| 7. | Ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył: do 5 godzin | **TAK** |  |
| 8. | Czas ładowania baterii (do pełna) – maks. 3 h | **TAK** |  |
| 9. | Zasilanie sieciowe 100-240 VAV, 50-60Hz | **TAK** |  |
| 9. | Zasilanie akumulatorowe 5VDC, 2A | **TAK** |  |
| 10. | Odległość ogniskowa ca. 20 cm | **TAK** |  |
| 12. | Urządzenie laserowe , w pełni zgodne z Dyrektywą Europejską 2002/364/EC | **TAK** |  |
| 13. | Bezpieczna procedura iluminacji naczyń – brak bezpośredniego kontaktu urządzenia z pacjentem (w zestawie nakładki zabezpieczające urządzenie) | **TAK** |  |

|  |
| --- |
|  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** są parametrami granicznymi **wymaganymi przez Zamawiającego**, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Pakiet nr 2** – **USG Doppler, przezczaszkowy system doplerowski (1 szt).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDN. MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **USG Doppler, przezczaszkowy system doplerowski** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametry** | **Wymagane** | **Odpowiedź Oferenta** |
|  | **1.1** Cyfrowy przenośny aparat dopplerowski w zwartej kompaktowej (jednobryłowej – All-In-One) obudowie z wbudowanymi głośnikami i wbudowanym kolorowym wyświetlaczem LCD (min.18” ; ekran dotykowy) do diagnostyki przepływu krwi w tętnicach wewnątrz - i zewnątrzczaszkowych, (system operacyjny posiadający pełne wsparcie producenta w wersji Professional.);W obudowie zintegrowany LCD (technologia LED) i PC o następujących parametrach minimalnych:- min. 4 GB RAM;- min. 1 TB HDD;- min. 4 porty USB ( w tym min. 1 w stand. 3.0);- min. 1 port VGA;- min. 1 gniazdo RJ45;**1.2** Aparat zasilany elektryczne (230 V, 50 Hz).**1.3** Wymagana masa aparatu < 7 kg.**1.4** Aparat powinien być wyposażony w gniazda, umożliwiające jednoczesne podłączenie sond:- 1,6 MHz (1 szt.) lub zamiennie 2 MHz (1 szt.);- 2 MHz (1 szt.);- 4 MHz (1 szt.);- 8 MHz (1 szt.);- 16 MHz (1 szt.);**1. 5** Aparat powinien być wyposażony w gniazdo, umożliwiające wprowadzanie sygnałów zewnętrznych i wyprowadzanie sygnałów na zewnątrz:- min. 8 wejść/wyjść analogowo-cyfrowych w dowolnej konfiguracji;**1.6** Aparat powinien być przystosowany do montażu na wysięgniku / ramieniu wychylnym lub na ścianie zgodnie ze standardem VESA. | TAK |  |
|  | W zestawie drukarka umożliwiająca wydruk w kolorze. | TAK |  |
|  | Sterowanie:- touchscreen (dotykowe);- ręczne z pulpitu operatora (bezprzewodowy oraz przewodowy moduł zdalnego sterowania) - przy pomocy myszki i klawiatury komputerowej;- za pomocą 3-funkcyjnego sterownika/pedału nożnego; | TAK |  |
|  | Pełna diagnostyka dopplerowska przepływów w naczyniach wewnątrzczaszkowych, szyjnych i peryferyjnych. | TAK |  |
|  | Automatyczne wyznaczanie podstawowych parametrów prędkości przepływu (prędkości przepływu – skurczowa, średnia, ratio; indeksy RI i PI; rytm/puls serca - Heart Rate, VMR, EtCO2, CO2R). Wymagana prezentacja współczynnika Lindegaarda. | TAK |  |
|  | Analiza spektralna sygnałów dopplerowskich (min. 256-punktowa analiza FFT). | TAK |  |
|  | Głowica 2 MHz PW diagnostyczna (1 szt.). | TAK |  |
|  | Głowica 4 MHz CW/PW 1 szt.). | TAK |  |
|  | Głowica monitorująca 2 MHz PW (2 szt.). | TAK |  |
|  | Mocowanie do sond monitorujących bilateralne | TAK |  |
|  | Wymagane oprogramowanie do monitorowania bilateralnego (dwustronnego - jednoczasowo) z automatyczną detekcją zatorów (HITS) oraz z jednoczesną prezentacją rejestrowanego sygnału z różnych głębokości w min. 8 oknach na jednym ekranie. Wymagana analiza HITS w dużej rozdzielczości (min. 125 mikrosekund). | TAK |  |
|  | Wymaqana możliwość obróbki (reanalizy) zamrożonych (freeze) wcześniej danych surowych spektrum (w tym m.in. zmiana głębokości, „Sample Volume”, „Scale”, etc); | TAK |  |
|  | Wymagana prezentacja trybu M-Mode w czasie rzeczywistym (ilość bramek w trybie M-Mode - min. 250 – co oznacza pomiar FFT w min. 250 głębokościach). | TAK |  |
|  | Wymagana prezentacja „Velocity Profiles” (umożliwiająca w czasie rzeczywistym prezentację rozkładu i mocy/natężenia prędkości oraz dostęp do danych spektrum uzyskanych na wszystkich min. 250 głębokościach M-Mode). | TAK |  |
|  | Możliwość układania dowolnych protokołów badań zgodnych z wymogami/standardami użytkownika. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia, definiowanych przez użytkownika, alarmów dla parametrów w trybie monitorowania. | TAK |  |
|  | Trendy- oprogramowanie umożliwiające określenie trendów parametrów uzyskanych podczas kolejnych badań pacjenta. Wymagana prezentacja statystyki badań z możliwością eksportu do arkusza Excell. | TAK |  |
|  | Wymagana kompatybilność ze standardem DICOM i opcjonalnie z HL7; możliwość rozwinięcia o te opcje w przyszłości | TAK |  |
|  | Interaktywny tryb generowania podsumowań i raportów. | TAK |  |
|  | W zestawie:- platforma jezdna do wygodnego transportu aparatu w obrębie budynku szpitalnego (solidna metalowa konstrukcja z ogumionymi kołami o średnicy min. 8 cm – w tym dwa z hamulcami); | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia aparatu w zrobotyzowane (sterowane robotem) głowice monitorujące 2 MHz PW, które automatycznie podążają za najlepszym sygnałem. | TAK |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** są parametrami granicznymi **wymaganymi przez Zamawiającego**, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Pakiet nr 3** – **Rejestrator EKG ( 4 szt.) wraz z oprogramowaniem do analizy zapisów holterowskich.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDN. MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Rejestrator EKG ( 4 szt.) wraz z oprogramowaniem do analizy zapisów holterowskich.** | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I** | **Oprogramowanie do analizy zapisów holterowskich EKG 3 oraz 12 kanałowych – funkcje systemu** | **Wymagane** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1 | Oprogramowanie i raporty w języku polskim,  | TAK |  |
| 2 | Baza danych pacjentów wraz z ich badaniami. | TAK |  |
| 3 | Identyfikacja poprzez programowanie rejestratorów przed badaniem – nazwisko i ID pacjenta | TAK |  |
| 4 | Możliwość edycji i tworzenia własnego panelu zakładek z kolejnymi krokami analizy zapisu | TAK |  |
| 5 | Automatyczne wykrywanie artefaktów. | TAK |  |
| 6 | Analiza zapisów wielodniowych do 30 dni, 3 kanałowe – pliki do 7 dni lub wielokrotność, 12 kanałowe – pliki do 3 dni lub wielokrotność. | TAK |  |
| 7 | Analiza zapisu w oparciu o tworzenie klas wzorców pobudzeń. | TAK |  |
| 8 | Analiza prospektywna i retrospektywna. | TAK |  |
| 9 | Możliwość wyborów kanałów do analizy arytmii i ST | TAK |  |
| 10 | Możliwość pominięcia wykrywania pobudzeń na początku i końcu zapisu poprzez ręczne zaznaczenie fragmentu zapisu | TAK |  |
| 11 | Możliwość przeklasyfikowania grupy i wybranego pobudzenia, ręczne usuwanie i dodawanie pobudzeń | TAK |  |
| 12 | Możliwość automatycznego wyszukania pobudzeń podobnych do wskazanego przez lekarza w obrębie danej klasy | TAK |  |
| 13 | Oznaczenie na zapisie EKG aktywności pacjenta (przy zastosowaniu rejestratorów z akcelerometrem 3D) | TAK |  |
| 14 | Wykrywanie i analiza migotania przedsionków. | TAK |  |
| 15 | Analiza dobowa częstości rytmu serca HR | TAK |  |
| 16 | Analiza ST, obniżenie/uniesienie dla wszystkich rejestrowanych kanałów EKGAnaliza odcinka QT | TAK |  |
| 17 |  |  |  |
|  | Analiza HRV w dziedzinie czasu i częstotliwości | TAK |  |
| 18 | Analiza HRT (Heart Rate Turbulence) | TAK |  |
| 19 | Analiza w oparciu o graficzną prezentację korelacji pomiędzy kolejnymi interwałami RR | TAK |  |
| 20 | Przesiewowa analiza bezdechu sennego | TAK |  |
| 21 | Detekcja i analiza skuteczności pracy rozruszników serca | TAK |  |
| 22 | Możliwość przeglądania i wydruku markerów pacjenta | TAK |  |
| 23 | Edycja fragmentów zapisu EKG, które mają znaleźć się w raporcie | TAK |  |
| 24 | Możliwość przygotowania szablonu opisu badania, edytor zdań diagnostycznych, zapisywanie wielu szablonów opisów badań | TAK |  |
| 25 | Współpraca oprogramowania z posiadanym przez Szpital systemem sieciowym Cardio Network Platform | TAK |  |
| 26 | Opcje dodatkowe:Możliwość rozszerzenia funkcjonalności systemu analizującego o analizy: SAECG, VCG, TWA. | TAK |  |
| **II** | **Uniwersalny rejestrator 12 i 3 kanałowy – parametry** |  |  |
| 27 | Uniwersalny rejestrator 12 i 3 kanałowy – parametry | TAK |  |
| 28 | Rejestrator do zapisów: 12 kanałowych oraz 3 kanałowych | TAK |  |
| 29 | Automatyczne wykrywanie podłączanego kabla i trybu pracy 3 lub 12 kanałowego. Współpraca z kablem EKG 10 odprowadzeń dla zapisów 12 kanałowych oraz z kablem 5 odprowadzeń dla zapisów 3 kanałowych | TAK |  |
| 30 | Zapis na karcie pamięci typu SD, możliwość wymiany kart pamięci. | TAK |  |
| 31 | Czas rejestracji do 30 dni w trybie 3 i 12 kanałowym | TAK |  |
| 32 | Wysoka jakość sygnału EKG – przetwornik A/C: 24 bit | TAK |  |
| 33 | Archiwizacja sygnału EKG z częstotliwością 250 próbek/kanał, 500 próbek/kanał, 1000 próbek/kanał – parametr ustawiany w rejestratorze przed zapisem | TAK |  |
| 34 | Kable pacjenta w całości ekranowane | TAK |  |
| 35 | Wykrywanie pozycji i aktywności dobowej pacjenta: rejestrator wyposażony w czujnik – aktywność pacjenta prezentowana pod krzywymi EKG w oprogramowaniu analizującym. | TAK |  |
| 36 | Dokładna detekcja stymulatorów serca, częstotliwość próbkowania minimum 32000Hz/kanał | TAK |  |
| 37 | Zasilanie z jednej baterii lub akumulatora, możliwość jej wymiany w czasie badania z kontynuacją rozpoczętego zapisu.  | TAK |  |
| 38 | Odporność rejestratora na zniszczenie pod wpływem zalania wodą, zmoczenia deszczem itp. – min. klasa wodoszczelności IPX6.  | TAK |  |
| 39 | Rejestrator wyposażony w wyświetlacz graficzny, nawigacja przy pomocy klawiszy nawigacyjnych | TAK |  |
| 40 | Podgląd zapisu EKG przed rozpoczęciem i w czasie badania na wyświetlaczu rejestratora 3 kanałów EKG jednocześnie, wizualne potwierdzenie prawidłowego podłączenia elektrod i sygnalizacja złego kontaktu elektrod | TAK |  |
| 41 | Opcja komunikacji Bluetooth rejestratora z komputerem, możliwość podglądu zapisu EKG przed badaniem | TAK |  |
| 42 | Programowanie parametrów rejestratora przed rozpoczęciem zapisu przy pomocy klawiszy funkcyjnych i wyświetlacza. | TAK |  |
| 43 | Ręczny i automatyczny start w przypadku nie uruchomienia ręcznie | TAK |  |
| 44 | Wygaszacz ekranu w celu oszczędzania baterii z jednoczesną sygnalizacją stanu pracy poprzez diodę sygnalizacyjną | TAK |  |
| 45 | Klawisz markera zdarzeń pacjenta | TAK |  |
| 46 | Kompaktowe wymiary rejestratora: maksymalnie 85 x 60 x 20 mm  | TAK |  |
| 47 | Niewielka waga rejestratora: bez kabla z baterią poniżej 80g | TAK |  |
| 48 | Szybki transfer danych do komputera przez interfejs USB lub wyjęcie karty pamięci z rejestratora i użycie czytnika kart pamięci  | TAK |  |
| 49 | Zabezpieczenie przed przypadkowym skasowaniem nie odczytanego zapisu  | TAK |  |
| 50 | Identyfikacja badań przed rozpoczęciem zapisu: możliwość wprowadzenia numeru identyfikacyjnego za pomocą klawiatury funkcyjnej i wyświetlacza lub numeru identyfikacyjnego i nazwiska za pomocą oprogramowania PC.  | TAK |  |
| 51 | Pokrowiec na rejestrator w pełni ochraniający urządzenie przed uszkodzeniem z możliwością mocowania na pasie biodrowym lub naramiennym. | TAK |  |
| 52 | Współpraca z oprogramowaniem do analizy zapisów holterowskich EKG dobowych i wielodobowych | TAK |  |
| 53 | Współpraca rejestratora z posiadanym przez Szpital systemem sieciowym Cardio Network Platform.Menu rejestratora w j. Polskim | TAK |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** są parametrami granicznymi **wymaganymi przez Zamawiającego**, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**„ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej ”- Zp/47/TP/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr …….. *(należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: …………………………………………………

……………………………………………………… złotych),

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

6. Udzielamy ………. **miesięcy gwarancji***\**

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

 *\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***na* „ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/66/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………....................

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/66/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. :**„ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/66/TP/23**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………...........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

 ..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023r. poz. 1605)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:**„ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/66/TP/23** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

 .................................................................

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

..................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„ Dostawa sprzętów medycznych dla Oddziału Neurologicznego - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/66/TP/23**

..................................................................

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

.................................................. ................................

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

 .................................................................

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 9 do SWZ ( dotyczy pakietu nr 2,3)*

**NAZWA ADMINISTRATORA**:

SPECJALISTYCZNY SZPITAL im. dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**KWESTIONARIUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE W IMIENIU ADMINISTARTORA**

(potencjalnego Podmiotu Przetwarzającego na podstawie art. 28 ust. 1 RODO)

1. **DANE INFORMACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA PODMIOTU |  |
| ADRES/SIEDZIBA |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |

1. **KWESTIONARIUSZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | PYTANIEPODSTAWA PRAWNA RODO | ODPOWIEDŹ | INFORMACJE DODATKOWE,UWAGI PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO | UWAGI ADO |
| TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| 1. | Czy przepisy prawa wymagają, aby Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 2. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 3. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inną osobę lub zespół osób odpowiedzialny za nadzór nad ochroną danych osobowych w organizacji? ( art. 24 ) |  |  |  |  | Proszę wypełnić jeśli odpowiedzi na pytania 1 i 2 są negatywne. |
| 4. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego dedykowany do obsługi administratora został przeszkolony z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych? ( art. 24. ) |  |  |  |  |  |
| 5. | Czy fakt przeszkolenia personelu (pkt. 4) jest udokumentowany? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 6. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa informatycznego? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 7. | Czy personelowi Podmiotu przetwarzającego wydawane są upoważnienia do przetwarzania danych osobowych? ( art. 24,29 ) |  |  |  |  |  |
| 8. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został zobowiązany do zachowaniu w poufności danych osobowych? ( art. 24,28 ) |  |  |  |  |  |
| 9. | Czy w odniesieniu do Podmiotu przetwarzającego została wydana prawomocna decyzja organu nadzorczego lub wyrok sądu stwierdzający naruszenie zasad ochrony danych osobowych? Czy naruszenie zostało usunięte? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 10. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje się do przyjętych przez organ nadzorczy kodeksów postępowania? Proszę je wymienić.( art. 40 ) |  |  |  |  |  |
| 11. | Czy Podmiot przetwarzający objęty jest monitorowaniem przestrzegania kodeksu postępowania przez akredytowany podmiot monitorujący? ( art. 41 ) |  |  |  |  |  |
| 12. | Czy Podmiot przetwarzający otrzymał certyfikat zgodności z RODO? ( art. 42 ) |  |  |  |  |  |
| 13. | Czy Podmiot przetwarzający posiada inny certyfikat bezpieczeństwa (np. ISO 27001)? Proszę wymienić wraz z nr certyfikacji i terminem ważności. ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 14. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył Politykę bezpieczeństwa danych osobowych lub inny dokument opisujący system ochrony danych osobowych oraz procedury postępowania w związku z realizacją wymogów RODO? ( art. 24 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 15. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera postanowienia o obowiązku poinformowania Administratora o naruszeniu i o sposobie realizacji tego obowiązku? ( art. 24, 33 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 16. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera zapisy dotyczące obowiązku podjęcia środków w celu zaradzenia naruszeniu (w tym minimalizowania skutków)? ( art. 24, 33 ust. 3 lit. d ) |  |  |  |  |  |
| 17. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi ewidencję naruszeń ochrony danych osobowych? ( art. 24, 33 ust. 5 ) |  |  |  |  |  |
| 18. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania danych osobowych (jako ADO) oraz rejestr kategorii czynności przetwarzania danych jako podmiot przetwarzający? ( art. 30 ) |  |  |  |  |  |
| 19. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył odpowiednie środki organizacyjne i techniczne (np. instrukcja, procedura, zakres odpowiedzialności pracowników, funkcjonalność systemu IT) przeznaczone do pomocy Administratorowi w realizacji praw osób, których dane dotyczą? ( art. 15-22, 28 ust.3 lit. e ) |  |  |  |  |  |
| 20. | Czy Podmiot przetwarzający realizuje proces analizy ryzyka oraz analizy naruszenia praw lub wolności osób fizycznych (DPiA)? ( art. 24, 32, 35 ) |  |  |  |  |  |
| 21. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył zabezpieczenia we własnym systemie informatycznym adekwatne do wyników szacowania ryzyka oraz DPiA? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 22. | Czy system informatyczny Podmiotu przetwarzającego zapewnia pełną rozliczalność działań jego użytkowników? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 23. | Czy Podmiot przetwarzający przekazuje dane osobowe do państwa trzeciego, na zasadach określonych w rozdziale V RODO? Proszę wskazać na jakich zasadach ( art. 44 – 49, Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/914 z dnia 04.062021r.) |  |  |  |  |  |
| 24. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył „Plan Ciągłości Działania” ? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 25. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności wdrożonych środków technicznych i organizacyjnych ? W jakiej formie są dokumentowane? ( art. 32 ) |  |  |  |  |  |
| 26. | Czy Podmiot przetwarzający korzysta w ramach powierzenia lub ma zamiar korzystać z usług innych podmiotów (tzw. „pod-powierzających” lub dalszych podmiotów przetwarzających)? ( art. 24, 28)  |  |  |  |  |  |
| 27. | Czy Podmiot przetwarzający przed nawiązaniem współpracy z tzw. „pod-powierzającymi” dokonuje jego weryfikacji pod kątem zdolności do zapewnienia ochrony danych osobowych ? ( art. 28 ) |  |  |  |  |  |
| 28. | Czy Podmiot przetwarzający z pod-powierzającymi ma zawarte stosowne umowy lub inne formy udokumentowanego przetwarzania w jego imieniu ?( art. 28 )  |  |  |  |  | Proszę wypełnić w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. 26 |

1. **INFORMACJE KOŃCOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WYPEŁNIENIA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY AUTORYZUJĄCEJDOKUMENT W IMIENIU PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGOPEŁNIONA FUNKCJA/STANOWISKO |  |
| LICZBA STRON KWESTIONARIUSZA |  |

1. **OCENA ADMINISTRATORA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WERYFIKUJĄCEJ DOKUMENTW IMIENIU ADMINISTARTORA DANYCH OSOBOWYCH |  |
| DATA ANALIZY/OCENY |  |
| REKOMENDOWANA DECYZJA  |  |

© Robert Wodejko