*Załącznik nr 1 do SWZ*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest dostawa zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***PODATEK VAT*** | ***CENA BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Dostawa zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |

**Zestawienie parametrów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **NAZWA PARAMETRU** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **PUNKTACJA** | **WIELKOŚĆ OFEROWANA** |
|  | Pełna nazwa aparatu | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Producent | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Kraj | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Dystrybutor - Oferent | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Tak | Nie dotyczy |  |
|  | Rok produkcji aparatu – 2023r. | Tak | Nie dotyczy |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |
|  | Aparat dedykowany do radiograficznego obrazowania pacjentów w trakcie ortopedycznych zabiegów operacyjnych przy pomocy skopii i grafii. | Tak | Nie dotyczy |  |
|  | Sprzęt dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o Wyrobach Medycznych | Tak | Nie dotyczy |  |
|  | Autoryzacja do oferowania sprzętu będącego przedmiotem oferty | Tak | Nie dotyczy |  |
|  | Aparat mobilny | Tak | Nie dotyczy |  |
| **LAMPA RTG I KOLIMATOR** |
|  | Lampa RTG ze stacjonarną anodą dwuogniskową. | Tak |  |  |
|  | Wielkość małego ogniska nie większa niż 0,6 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Wielkość dużego ogniska nie większa niż 1,2 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Blendy szczelinowe, obrotowe. | Tak |  |  |
|  | Automatyczne dopasowanie pola blendy do aktywnego pola detektora. | Tak |  |  |
|  | Pojemność cieplna anody min. 75 kHU. | Tak, podać |  |  |
|  | Szybkość chłodzenia anody min. 50 kHU/min | Tak |  |  |
|  | Pojemność cieplna kołpaka lub głowicy lampy min. 1300 kHU. | Tak, podać |  |  |
|  | Automatyka zabezpieczająca lampę przed przegrzaniem. | Tak |  |  |
|  | Filtracja całkowita minimum 2,5 mm Al. Dodatkowa filtracja w celu redukcji dawki umozliwiajaca wymienne stosowanie filtrów wykonanych z Al i Cu. | Tak, podać |  |  |
| **GENERATOR RTG** |
|  | Generator wysokiej częstotliwości | Tak |  |  |
|  | Moc generatora min. 4 kW | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres prądu w trybie radiografii min. 0,7 – 100 mA. | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres prądu [mA] w trybiefluoroskopii min. 0,1 – 20 mA, | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres napięć 40 - 120 kV | Tak, podać |  |  |
|  | Zasilanie jednofazowe 220-230 V/50 Hz. | Tak |  |  |
|  | Ilość impulsów w trybie fluoroskopii pulsacyjnej – min. 15 impulsów/sek. | Tak, podać |  |  |
|  | Sterowanie funkcami generatora poprzez monitor dotykowy lub tablet zainstalowany na wózku ramienia „C” – o wielkości minimum 12” i o rozdzielczości minimum 1 Mpix. | Tak, podać |  |  |
|  | Monitor sterujący z możliwością obrotu w zakresie minimum 270º dla zapewnienia dostępności sterowania z wielu stron urządzenia | Tak/Nie | TAK – 3 pkt; NIE – 0 pkt |  |
| **FUNKCJONALNOŚCI APARATU** |
|  | Rotacja (obrót wokół osi wzdłużnej) minimum +/- 180º. | Tak, podać |  |  |
|  | Ruch orbitalny (obrót wokół osi poprzecznej) minimum 160º. | Tak, podać |  |  |
|  | Odchylenie od osi pionowej (ruch wig-wag) minimum +/- 12º. | Tak, podać |  |  |
|  | Przesuw poziomy [cm] minimum 20 cm. | Tak, podać |  |  |
|  | Przesuw pionowy zmotoryzowany min. 43 cm. | Tak, podać |  |  |
|  | Odległość SID [cm] minimum 100 cm. | Tak, podać |  |  |
|  | Prześwit między detektorem obrazu a głowicą [cm] minimum 80 cm. | Tak, podać |  |  |
|  | Ramię „C” w pełni wyważone z zabezpieczeniami przed najeżdżaniem na przewody. | Tak/Nie | TAK – 4 pkt; NIE – 0 pkt |  |
|  | Aparat wyposażony w centrator laserowy (po stronie detektora i po stronie lampy RTG) | Tak/Nie | TAK – 4 pkt; NIE – 0 pkt. |  |
|  | Aparat kompaktowy dedykowany stosowaniu w warunkch sal operacyjnych. Waga kompletnego aparatu nie wiecej niż 320 kg. | Tak, podać |  |  |
|  | Hamulce wszystkich ruchów. | Tak |  |  |
|  | Pedał wyzwalania skopii. | Tak |  |  |
|  | Ręczne wyzwalanie skopii/grafii. | Tak |  |  |
|  | Dedykowany przycisk wyzwalania skopii o niskiej dawce promieniowania na sterowniku ręcznym i nożnym. | Tak/Nie |  |  |
|  | Możliwość wykonania radiografii. | Tak |  |  |
|  | Możliwość wykonania skopii w tym skopii pulsacyjnej. | Tak |  |  |
| **SYSTEM OBRAZOWANIA – DETEKTOR CYFROWY** |
|  | Format detektora min. 20 x 20 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Ilość dostępnych formatów obrazu min. 3  | Tak, podać |  |  |
|  | Matryca obrazu minimum 1k x 1k pix. | Tak, podać |  |  |
|  | Głębokość akwizycji minimum 16 bit. | Tak, podać |  |  |
|  | Uchwyt przy detektorze oraz wzdłuż łuku ramienia C do łatwiejszego manewrowania ramieniem. | Tak |  |  |
|  | Demontowalna bez użycia narzędzi kratka przeciwrozproszeniowa minimum 80 linii/cm | Tak |  |  |
| **SYSTEM OBRAZOWANIA** |
|  | Dwa monitory typu LCD lub TFT lub jeden monitor z możliwością podziału ekranu na dwa pola obrazowe o wymaganej wielkości. | Tak |  |  |
|  | Przekątna każdego ekranu monitora lub pola obrazowego minimum 19‘’. | Tak, podać |  |  |
|  | Luminancja monitorów minimum 350 cd/m2. | Tak, podać |  |  |
|  | Kąt widzenia monitorów minimum +/- 170 stopni. | Tak, podać |  |  |
|  | Kontrast minimum 1000 : 1. | Tak, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość każdego z monitorów lub pola obrazowego minimum 1280 x 1024 pixeli. | Tak, podać |  |  |
|  | Podstawowe oprogramowanie do obróbki uzyskiwanych obrazów:- zmiana zaczernienia i kontrastu`- obracanie obrazu- prezentacja pozytyw-negatyw- obrót obrazu o dowolny kąt- pomiar odległości i kątów- histogram obrazu- zoom- lupa | Tak, opisać |  |  |
|  | Dodatkowy uchwyt/uchwyty po obu stronach monitorów (na ich wysokości) w celu łatwiejszego manewrowania monitorami oraz służące ich ochronie przed potencjalną kolizją przy przemieszczaniu monitorów. | Tak/Nie | TAK – 3 pkt; NIE – 0 pkt |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości monitorów lub monitora w zakresie minimum 40 cm bez konieczność zmiany położenia lampy lub detektora. | Tak/Nie | TAK – 3 pkt; NIE – 0 pkt |  |
|  | Możliwość wpisywania danych pacjenta bezpośrednio na stanowisku klawiatury oraz automatyczne pobieranie tych danych z sieci RIS/HIS | Tak |  |  |
|  | Możliwość wykonywania badań bez wcześniejszego wpisania danych pacjenta (badania w trybie nagłym z możliwością późniejszego uzupełnienia danych) | Tak |  |  |
| **FUNKCJONALNOŚCI SYSTEMU** |
|  | Redukcja szumów w czasie rzeczywistym. | Tak |  |  |
|  | Wyostrzanie krawędzi w czasie rzeczywistym. | Tak |  |  |
|  | Cyfrowy obrót obrazu (prawo, lewo) |  |  |  |
|  | Obraz lustrzany |  |  |  |
|  | Blendy elektroniczne przysłaniające niediagnostyczne elementy obrazu. | Tak |  |  |
|  | Automatyka doboru programu według topografii i rodzaju badań. | Tak |  |  |
|  | Funkcja pomiarów odległości na obrazie. | Tak |  |  |
|  | Akwizycja obrazów minimum 15 klatek/s. | Tak, podać |  |  |
|  | Wyświetlanie i przesyłanie do serwera raportu dawki. | Tak |  |  |
|  | Regulacja jasności i kontrastu. | Tak |  |  |
|  | Minimalizacja artefaktów metalowych, ruchowych oraz do automatycznego dostosowania obrazowania do danej anatomii | Tak |  |  |
|  | Pamięć ostatniego obrazu (LIH). | Tak |  |  |
|  | Pilot na podczerwień do zdalnego sterowania głównymi funkcjami obrazowymi w aparacie – min. (zmiana częstotliwości pulsów; przegląd obrazów; przegląd scen; ustawianie obrazu na monitorze referencyjnym; ZOOM; zapis obrazu). | Tak, podać /Nie | TAK – 3 pkt; NIE – 0 pkt |  |
|  | Pojemność pamięci / dysku minimum 130 000 obrazów. | Tak, podać |  |  |
|  | Przyłącze sieciowe LAN. | Tak |  |  |
|  | Napęd DVD do archiwizacji obrazów na dyskach CD/DVD | Tak |  |  |
|  | Integracją ze szpitalnym systemem RIS/PACS w cenie oferty. | Tak |  |  |
|  | Dostawca zapewnia podpięcie aparatu do dowolnego systemu PASC/RIS np. w przypadku zmiany adresacji lub zmiany systemu PACS/RIS w cenie oferty. | Tak |  |  |
|  | Integracją ze szpitalnym systemem optymalizacji dawki i prowadzenia testów podstawowych w cenie oferty. | Tak |  |  |
|  | Dostawca zapewnia podpięcie aparatu do dowolnego systemu optymalizacji dawki i prowadzenia testów podstawowych np. w przypadku zmiany adresacji lub zmiany systemu optymalizacji dawki i prowadzenia testów podstawowych w cenie oferty. | Tak |  |  |
|  | Aparat musi posiadać licencję umożliwiającą wysyłkę badań do systemu PACS w formacie DICOM i licencję na pobieranie Worklisty (min. Cstore, DMWL) oraz raportu dawki jaką otrzymał pacjent dla różnych trybów pracy DICOM DOSE SR. | Tak, podać |  |  |
| **INNE** |
|  | Dostawa aparatu max. 4 tygodnie od momentu podpisania umowy. | Tak | . |  |
|  | Oferowane urządzenie jest wolne od wad fizycznych i prawnych, w szczególności nie narusza jakichkolwiek praw osób trzecich. | Tak |  |  |
|  | Wykonawca oświadcza, że dostarczane przez niego urządzenie będzie fabrycznie nowe, nieużywane, oryginalnie zapakowane i nieobciążone prawami osób trzecich. | Tak |  |  |
|  | Wykonawca oświadcza, że wykorzystywane przez niego części zamienne do naprawy urządzenia będą fabrycznie nowe, nieużywane, oryginalnie zapakowane. | Tak |  |  |
|  | Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć i zainstalować Przedmiot Zamówienia w siedzibie Zamawiającego. | Tak |  |  |
|  | Wykonanie, w cenie oferty, szkolenia operatorów w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu po jego instalacji, uruchomieniu i odbiorze przez okres min. 2 dni po 5 godz. dziennie. | Tak |  |  |
|  | Testy akceptacyjne i specjalistyczne po instalacji aparatu na koszt Wykonawcy. | Tak |  |  |
|  | Testy specjalistyczne w trakcie trwania umowy na koszt Wykonawcy. | Tak |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w postaci cyfrowej i papierowej, dostarczana z aparatem. | Tak |  |  |
|  | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie jego dostawy | Tak |  |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać ile miesięcy | 24 miesiące – 0 pktod 25 do 35 miesięcy – 5 pkt 36 miesięcy – 20 pkt |  |
|  | W okresie trwania gwarancji przeglądy techniczne urządzenia w liczbie i zakresie zalecanym przez producenta dokonywane w siedzibie Zamawiającego w cenie oferty. | Tak, podać ilość przeglądów |  |  |
|  | Sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach w całym okresie użytkowania aparatu: telefoniczny i mailowy przez przedstawiciela autoryzowanego serwisu (nie przez infolinię). | Tak, podać |  |  |
|  | Serwis techniczny na terenie Polski. | Tak |  |  |
|  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 72 h. | Tak |  |  |
|  | Sprzęt medyczny powinien zostać dostarczony i zainstalowany przez Wykonawcę we wskazanych przez Zamawiającego w pomieszczeniach Szpitala. | Tak |  |  |
|  | Wszystkie koszty naprawy urządzenia w trakcie trwania gwarancji ponosi Wykonawca. | 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 zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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 Zamawiającego)

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 aparatu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

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

Gwarantujemy **(zaznaczyć właściwe):**

* Monitor sterujący z możliwością obrotu w zakresie minimum 270º dla zapewnienia dostępności sterowania z wielu stron urządzenia : **TAK / NIE**
* Ramię „C” w pełni wyważone z zabezpieczeniami przed najeżdżaniem na przewody: **TAK / NIE**
* Aparat wyposażony w centrator laserowy (po stronie detektora i po stronie lampy RTG): **TAK / NIE**
* Dodatkowy uchwyt/uchwyty po obu stronach monitorów (na ich wysokości) w celu łatwiejszego manewrowania monitorami oraz służące ich ochronie przed potencjalną kolizją przy przemieszczaniu monitorów : **TAK / NIE**
* Możliwość regulacji wysokości monitorów lub monitora w zakresie minimum 40 cm bez konieczność zmiany położenia lampy lub detektora : **TAK / NIE**
* Pilot na podczerwień do zdalnego sterowania głównymi funkcjami obrazowymi w aparacie – min. (zmiana częstotliwości pulsów; przegląd obrazów; przegląd scen; ustawianie obrazu na monitorze referencyjnym; ZOOM; zapis obrazu) : **TAK / NIE**

**Udzielamy …….... miesięcy gwarancji na aparat rtg (ramię „C”)*\****

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

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

*1)* ***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 zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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 zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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 zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Dostawa zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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 zabiegowego aparatu rtg (ramienia „C”)” - Zp/74/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)