*Załącznik nr 1 do SWZ*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawazestawu endoskopowego wraz z akcesoriami – procesor wizyjny, wózek endoskopowy, monitor medyczny, pompa płucząca.

**Zestaw endoskopowy wraz z akcesoriami**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***ILOŚĆ SZT.*** | ***CENA NETTO*** | ***STAWKA VAT*** | ***CENA BRUTTO*** | ***PRODUCENT / NR KATALOGOWY*** |
| ***1.*** | **Procesor wizyjny z zintegrowanym źródłem światła** | **1** |  |  |  |  |
| ***2.*** | **Monitor medyczny LCD** | **1** |  |  |  |  |
| ***3.*** | **Wózek endoskopowy** | **1** |  |  |  |  |
| ***4.*** | **POMPA WATER JET** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis wymaganych parametrów technicznych** | **Parametr graniczny /wartość** | **Parametry oferowanego urządzenia** | **Punktacja** |
| **Procesor wizyjny z zintegrowanym źródłem światła** |  |   |  |
| 1 | Nazwa produktu | podać |   |  |
| 2 | Producent | podać |   |  |
| 3 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji min. 2023 | TAK, podać |   |  |
| 4 | Wyjścia cyfrowe, min. 12G-SDI, 3G-SDI,  | TAK, podać |   |  |
| 5 | Wejścia cyfrowe, min. HD-SDI  | TAK, podać |   |  |
| 6 | Procesor zintegrowany ze źródłem światła | TAK |   |  |
| 7 | Technologia 5 LED | TAK |   |  |
| 8 | Polski język menu | TAK |   |  |
| 9 | Gniazdo USB dla pamięci przenośnej  | TAK |   |  |
| 10 | Trzy tryby przesłony: automatyczny, szczytowy, średni | TAK |   |  |
| 11 | Możliwość czterostopniowej regulacji intensywności pompowania powietrza  | TAK |   |  |
| 12 | Zoom cyfrowy | TAK |   |  |
| 13 | Dotykowy panel sterujący | TAK |   |  |
| 14 | Min. 10-cio stopniowa regulacja jasności panelu sterującego | TAK |   |  |
| 15 | Orientacyjny czas pracy lampy min 7 000 godzin | TAK, podać |  | 7 tys. – 0 pktpowyżej 7 tys.-10 pkt |
| 16 | Regulacja jasności min 15 stopniowa w zakresie min +/- 7 | TAK, podać |  | 15 stopni- 0 pktpowyżej 15 stopni – 5 pkt |
| 17 | Możliwość regulacji koloru min 15 stopniowa w zakresie min +/- 7 | TAK, podać |  | 15 stopni- 0 pktpowyżej 15 stopni – 5 pkt |
| 18 | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym równolegle poprzez filtr optyczny oraz cyfrowy | TAK |  |  |
| 19 | Filtr cyfrowy wspomagający lokalizację zmian, alternatywny dla światła białego | TAK, podać |  |  |
| 20 | Identyfikacja podłączonego endoskopu z podaniem jego modelu, numeru, średnicy kanału roboczego oraz przypisanych funkcji procesora na dostępne przyciski aparatu z ciągłym wyświetlaniem tych informacji na ekranie monitora | TAK |  |  |
| 21 | Współpraca z posiadanymi endoskopami HDTV serii Evis Exera III | TAK |  |  |
| 22 | Współpraca z posiadanym programem do archiwizacji badań EndoBase | TAK |  |  |
| 23 | Długość udzielanej gwarancji – 24 miesięcy | TAK |  |  |
| **Monitor medyczny LCD** |
| 1 | Nazwa produktu | podać |   |  |
| 2 | Producent | podać |   |  |
| 3 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji min. 2023 | Tak, podać |   |  |
| 4 | Rozdzielczość ekranu min 1920 x 1080 | TAK, podać |   | 1920x1080 – 0 pktpowyżej 1920x1080 – 5 pkt |
| 5 | Format obrazu funkcja PIP, POP | TAK |   |  |
| 6 | Przekątna ekranu, min. 30” | TAK, podać |   |  |
| 7 | Kontrast, min. 1000:1 | TAK, podać |   |  |
| 8 | Liczba kolorów 1,07 mld. | TAK |  |  |
| 9 | Długość udzielanej gwarancji – 24 miesięcy | TAK |   |  |
| **Wózek endoskopowy** |
| 1 | Nazwa produktu | podać |   |  |
| 2 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji min. 2022 | TAK, podać  |   |  |
| 3 | Podstawa jezdna z blokadą wszystkich 4 kół wózka | TAK |  |  |
| 4 | Wieszak na min. 2 endoskopy |  TAK |  |  |
| 5 | Transformator separacyjny z możliwością podłączenia zasilania min 10 urządzeń | TAK, podać |  | 10 urządzeń – 0 pkt powyżej 10 urządzeń – 5 pkt |
| 6 | Zawiera przegubowe ramię na monitor medyczny LCD umożliwiające ruch wysięgnika w płaszczyźnie poziomej i pionowej | TAK |  |  |
| 7 | Uchwyt na butlę ssaka | TAK |  |  |
| **POMPA WATER JET** |
| 1 | Oferent / Producent | podać |  |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |  |
| 3 | Urządzenie klasy medycznej, sterowane przez mikroprocesor | TAK |  |  |
| 4 | Sterowanie za pomocą sterownika nożnego oraz przycisku na głowicy endoskopu. | TAK |  |  |
| 5 | Regulacja mocy przepływu min 8 poziomów | TAK, podać |  | 8 poziomów – 0 pktpowyżej 8 poziomów – 10 pkt |
| 6 | Autoklawowalny pojemnik na wodę min 2 l | TAK |  |  |
| 7 | Rurka do płynu - 50 sztuk | TAK |  |  |
| 8 | Wskaźnik LED wskazujący aktualną moc pompy | TAK |  |  |
| 9 | Długość udzielanej gwarancji – 24 miesięcy | TAK |  |  |

**Kompatybilność z posiadanymi endoskopami przez Zakład Endoskopii Zabiegowej firmy Olympus oraz programem do archiwizacji badań.**

*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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24** 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 sprzętu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

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

Gwarantujemy **(zaznaczyć właściwe):**

* Orientacyjny czas pracy lampy min. 7 000 godzin : **7 tys. h / powyżej 7 tys. h**
* Regulacja jasności min. 15 stopniowa w zakresie min. +/- 7: **15 stopni /powyżej 15 stopni**
* Możliwość regulacji koloru min. 15 stopniowa w zakresie min. +/- 7: **15 stopni/ powyżej 15 stopni**
* Rozdzielczość ekranu min. 1920 x 1080 : **1920x1080 / powyżej 1920x1080**
* Transformator separacyjny z możliwością podłączenia zasilania min. 10 urządzeń**: 10 urządzeń /powyżej 10 urządzeń**
* Regulacja mocy przepływu min. 8 poziomów**: 8 poziomów / powyżej 8 poziomów**
1. OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

1. ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.
2. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia

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 EURO***

*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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24**, 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.**

 …………………………………………

 *(data i 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:

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

………………………………………… *(data i 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)

 …………………………………………

 *(data i 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.

 …………………………………………

 *(data i 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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24**, 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.**

 …………………………………………

 *(data i 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)

 …………………………………………

 *(data i 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.

 …………………………………………

 *(data i 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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24**, 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:

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

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

 ( data i podpis )

*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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24** 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)

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

 ( data i podpis )

*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 zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami” - Zp/15/TP/24**

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

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym pn. **Dostawa zestawu endoskopowego wraz z akcesoriami - Zp/15/PN/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

 …………………………………….

  *(data i podpis)*