**Załącznik nr 2 Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego) należy dołączyć do oferty (załącznik do Formularza ofertowego) w wersji elektronicznej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**EZP/38/20**

**Wykaz/opis przedmiotu zamówienia**

**PAKIET NR 1**

**Wadium: 760,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Wiadra **pedałowe**, plastikowe, **12-15** **l**, wzmocniony mechanizm otwierający ze względu na częste używanie (różne kolory – jasne, np. biały, jasny popiel, jasny beż itp.). | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Wiadra **pedałowe,** plastikowe, **25-28 l**, wzmocniony mechanizm otwierający ze względu na częste używanie (różne kolory – jasne, np. biały, jasny popiel, jasny beż itp.). | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Pojemnik na odpady, **pedałowy**, plastikowy, **240 l**, różne kolory (**w tym żółty, zielony i czerwony**), **na kółkach.** | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Pojemnik na odpady, plastikowy (**120 l**), mechanizm **pedałowy –** mocny ze względu na częste używanie, różne kolory **(w tym żółty, zielony i czerwony), na kółkach.** | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Pojemnik na odpady, plastikowy, **60 l,** różne kolory, **bez kółek**, mechanizm **pedałowy** metalowy – mocny ze względu na częste używanie (okrągłe i prostokątne).  | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Pojemnik z pokrywą z dwoma uchwytami bocznymi, okrągły, różne kolory, **60 l.** | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET NR 2**

**Wadium: 125,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Folia aluminiowa 150 m.b. | rolka | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 3**

**Oświadczenie CE – Wyrób medyczny**

**Wadium: 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Filtr p/bakteryjny – zewnętrzny – tuba – jednorazowy do ssaka próżniowego typ RVTM 2 firmy Technology Medical  | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Filtr p/bakteryjny – wewnętrzny – płatek – jednorazowy do ssaka próżniowego typ RVTM 2 firmy Technology Medical  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxx** | **xxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 4**

**Oświadczenie CE – Wyrób medyczny**

**Wadium: 285,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 70mm x 100mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 300mm x 400mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 200mm x 300mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 80mm x 120mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 170mm x 250mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym120mm x 180mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 160mm x 160mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 220mm x 100mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 220mm x 250mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 250mm x 180mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 180mm x 350mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 100mm x 200mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 150mm x 200 mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowy 120mm x 200mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 300mm x 500mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Worki plastikowe z zamknięciem strunowym 140mm x 150mm; **(1 op. = 100 szt.)** | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 5**

**Wadium: 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Płyta CD-R 700MB 52x typu HP SP50 lub równoważne - **(w kejkach po 50 szt.)** | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płyta DVD-R 4,7GB z możliwością nadruku typ Printable - **(w kejkach po 50 szt.)** | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Płyty kompatybilne z aparatem w Pracowni Hemodynamiki Serca – Angiograf Artis Zee Floor. Własność Zamawiającego.** |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 6**

**Wadium: 165,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Pisaki laboratoryjne wodoodporne – cienko i grubo piszące (do opisywania probówek, szkiełek itp., 0,3 mm i 0,8 mm w zależności od zapotrzebowania), różne kolory. | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pojemnik 2000-3000ml do moczu z podziałką, z uchwytem, zakrętką, duży otwór z PE\*. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

**\*PE – brązowo przeźroczysty, ochrona przed światłem**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 7**

**Wadium: 675,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Dozownik o wymiarach (wysokość łącznie z ramieniem max 30 cm, szerokość max 10 cm, długość ramienia min. 19 cm) przeznaczony do bezpośredniej aplikacji preparatów dezynfekcyjnych i myjących do rąk, przewidziany do mocowania na ścianie (łatwy montaż i demontaż, tzn. powieszenie i zdjęcie ze ściany bez konieczności przykręcania i odkręcania całego dozownika), posiadający wysięgnik-ramię, wykonane z tworzywa, do uruchamiania łokciem lub przedramieniem. Zaopatrzony w trwałą pompkę tłokową z możliwością regulowania dozowanej ilości preparatu w dawkach: 0,5ml, 1ml, 1,5 ml na jedno naciśnięcie. Dozowanie preparatów od góry pojemnika (eliminacja kapania i ew. przeciekania). Element pompki łatwo demontowany, z możliwością mycia w myjniach dezynfektorach. Jednoelementowa biała obudowa wykonana z tworzywa ABS, nie posiadająca elementów transparentnych. Dozownik musi posiadać możliwość zamontowania tacki zabezpieczającej pod dozownikiem, bez konieczności wiercenia otworów w ścianie i dozowniku. Dozownik przeznaczony do butelek 500ml. Każdy dozownik wyposażony w pustą butelkę z napisem „Mycie rąk”. Wymagane jest dostarczenie dodatkowych butelek i pompek dozujących oraz wymiennych ramion w kolorze czerwonym i żółtym w ilości min. 10 % zamówionych dozowników, w celu zapewnienia ciągłości użytkowania w przypadku konieczności mycia pompek w myjni dezynfektorze.  | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 1A. | Wymienne, dopasowane pompki, kompatybilne z dozownikiem łokciowym, opisanym w pozycji 1. | szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dozownik o wymiarach (102 mm x 207 mm x 345 mm) przeznaczony do bezpośredniej aplikacji preparatów dezynfekcyjnych i myjących do rąk, przewidziany do mocowania na ścianie (łatwy montaż i demontaż, tzn. powieszenie i zdjęcie ze ściany bez konieczności przykręcania i odkręcania całego dozownika), posiadający wysięgnik-ramię, wykonane z tworzywa, do uruchamiania łokciem lub przedramieniem. Zaopatrzony w trwałą pompkę tłokową z możliwością regulowania dozowanej ilości preparatu w dawkach: 0,5ml, 1ml, 1,5 ml na jedno naciśnięcie. Dozowanie preparatów od góry pojemnika (eliminacja kapania i ew. przeciekania). Element pompki łatwo demontowany, z możliwością mycia w myjniach dezynfektorach. Jednoelementowa biała obudowa wykonana z tworzywa ABS, nie posiadająca elementów transparentnych. Dozownik musi posiadać możliwość zamontowania tacki zabezpieczającej pod dozownikiem, bez konieczności wiercenia otworów w ścianie i dozowniku. **Dozownik przeznaczony do butelek 1l.**Dozownik wyposażony w klucz (zamek) pozwalający na zabezpieczenie preparatu przed niepożądanym wyjęciem.Każdy dozownik wyposażony w pustą butelkę z napisem „Mycie rąk”. Wymagane jest dostarczenie dodatkowych butelek i pompek dozujących w ilości min. 10 % zamówionych dozowników, w celu zapewnienia ciągłości użytkowania w przypadku konieczności mycia pompek w myjni dezynfektorze. | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |
| 2A. | Wymienne, dopasowane pompki, kompatybilne z dozownikiem łokciowym, opisanym w pozycji 2. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 8**

**Wadium: 270,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Środek do maszynowego mycia naczyń, w zmywarkach gastronomicznych. Płyn o pH 14. Dozowanie od 1,0 - 3,0 g/L. W opakowaniu 12 kg. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Środek do płukania i nabłyszczania naczyń w zmywarkach gastronomicznych. Środek o pH 6-7 i dozowaniu od 0 ,I do 0,6 g/L. Opakowanie 10 L . | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Środek w postaci proszku do usuwania osadów mineralnych ze sprzętu kuchennego oraz pralnic przemysłowych. Środek zawierający w swym składzie min. 50% kwasu amidosulfonowego i nie zawierającego kwasu solnego. Środek nie powinien pienić się podczas stosowania. Dozowanie od 10 do 20 g/L. Ph 0,9-2,0 dla stężenia 1%. Opakowanie 12 kg. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 9**

**Wadium: 95,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | **Ciśnieniomierz typu Omron M6 Comfort HEM-7321-E z mankietem Intelli Wrap Cuff (22-42 cm)****lub równoważny.**Ciśnieniomierz automatyczny z wyświetlaczem LCD wykonany w technologii Intellisense umożliwiający pomiar przy arytmii. Wyposażony w czujnik prawidłowego założenia mankietu oraz czujnik ruchu. Typ mankietu Intelli Wrap 22-42 cm zwiększa dokładność pomiarów. Podwójny system kontroli Dual Check. Testowany klinicznie zgodnie z zasadami międzynarodowego protokołu badań i BHS. Kolorowy wskaźnik wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Energooszczędny.Zakres pomiarowy: ciśnienie 0-299 mmHg, tętno 40-180 uderzeń/min. Dokładność: ciśnienie +/-3 mmHg, tętno +/- 5%. Pompowanie: automatyczne z zastosowaniem technologii Fuzzy Logic.Wymiary ciśnieniomierza: około 161 x 124 x 90 [mm]Wymiary mankietu: 532 x 145 [mm] (średnica 75 mm) dla ramion o obwodzie 22-42 cmMankiet – dezynfekcja preparatami na bazie alkoholu – informacja ulotka, karta gwarancyjna. Zasilanie: 4 baterie alkaliczne AA (paluszki) lub zasilacz sieciowy (opcja). Gwarancja 5 lat. | szt. | 35 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxx** | **xxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 10**

**Wadium: 185,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Uniwersalny dren medyczny wykonany z PCV przeźroczystego o budowie dostosowanej do różnej średnicy łączników, o przekroju wew. nie mniejszym niż 7 mm a najszerszy 12 mm tzw. balonowy, z tworzywa miękkiego, elastyczny, konfekcjonowany w kartonowym opakowaniu po 30 - 40mb, umożliwiający łatwe użytkowanie i zabezpieczający samoistne rozwinięcie umożliwiające zabrudzenie czynnikami zewnętrznymi (kurz, talk itp.), bezlateksowy, o budowie zapobiegającej skręcaniu oraz supłaniu. | 10.000 m.b. |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 11**

**Wadium: 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Jednorazowa opaska uciskowa na rolce – staza bezlateksowa typu Vacuette lub równoważne.1 op.= 25 szt. | op. | 5.000(125.000 szt.) |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 12**

**Wadium: 485,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Papier do videoprintera 110 x 20 SONY UPP-110S-oryginały lub równoważne | rolki | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Papier do videoprintera SONY 110 HG - oryginały lub równoważne | rolki | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Papier do aparatu EKG MORTARA ELI 250 9100-026-50 (216 x 280x 250) | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Papier do bieżni Marquette 210 x 280 x 300 | blok | 340 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Papier do EKG Ascard 104 x 40 z nadrukiem | rolki | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Papier do EKG Ascard 112 x 25 | rolki | 650 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Papier do EKA MAC 1200ST CARDIO SMART 210x295x150 | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Papier do programatora stymulatorów BIOTRONIC EPR 100/TMS 1000 112x125x300 (115215) (na kartkach 2 znaczniki) | blok | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Papier do programatora stymulatorów MEDTRONIC 110x150x200 (9790) | blok | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Papier do programatorów stymulatorów firmy St. Jude Medical (210x140x250) | blok | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Papier termoczuły do spirometru Jeger, gładki 110x30 (Ø53) | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Papier termoczuły do autorefraktometru 57x30 (bez nadruku) | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Papier do defibrylatora LIFEPACK 20, 50x30 z nadrukiem | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Papier do spirometru Microlab (ML 3500) 110x7 | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Papier do EKG Helige EK 53 | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Papier do EKG do ASCARD GREEN (58x25) | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Papier do programatorów kardiowerterów firmy Boston (6979) rozm. 110x75x400  | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Papier do defibrylatora M-SERIES ZOLL 90x90x200 | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Papier do EKG MAC TM 2000 | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Papier do defibrylatora Philips Efficia DFM 100**1 op. - 12 szt.** | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Aparaty własnością Zamawiającego.** |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 13**

**Wadium: 420,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Pojemnik wielko objętościowy hermetycznie zamykany o pojemności 45L  | szt. | 1.000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 14**

**Oświadczenie CE – Wyrób medyczny**

**Wadium: 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Stetoskop lekarski dla dorosłych z podwójną głowicą, miękkie oliwki oraz tzw. „ciepłe” obwódki głowicy. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 15**

**Wadium: 175,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
|  | **NACZYNIA Z PRZETWORZONEGO WŁÓKNA CELULOZOWEGO (DO UTYLIZACJI) DO SYSTEMU VERNACARE** | **xxxxxx** |
| 1. | Basen jednorazowy – wkład (płaski, duży) – **do systemu Vernacare.** **1 op. = 120 szt.** | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pokrywa do ww. basenu – **do systemu Vernacare.****1 op. = 100 szt.** | op. | 42 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kaczka jednorazowa – wkład 800 ml – **do systemu Vernacare**. **1 op. = 100 szt.** | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nerka jednorazowa – wkład **do systemu Vernacare.****1 op. = 300 szt.** | op. | 167 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Podstawka plastikowa do basenu jednorazowego użytku – płaskiego, dużego (z poz.1) | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxx** | **xxxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

**Wykonawca może zaproponować inną wielkość opakowań z zachowaniem wskazanej ilości na okres 2 lat.**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

**PAKIET 16**

**Wadium: 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **J.m.** | **Ilość na 2 lata** | **Cena jedn. brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Wartość pozycji brutto***Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP* | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT** *dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów* | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy (jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Jednorazowe kapcie kryte, włókninowe (klapki) wykonane z cienkiej, białej włókniny z zakrytymi palcami **1 op. = 100 szt.** | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** | **xxxxx** | **xxxxxx** |  |  |  |  | **xxxxxx** | **xxxxxx** |

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto): ……………………………………………………………

Słownie zł: ……………………………………………………………

Cena pakietu bez podatku VAT(netto): …………………………………………………………..

Słownie zł: ……………………………………………………………

#### Załącznik nr 2A

**EZP/38/20 - (przekazać w wersji elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, ul. Długa ½

### FORMULARZ OFERTOWY

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) artykułów różnego przeznaczenia dla jednostek organizacyjnych Szpitala – 16 pakietów**

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**(nr faxu) (adres e-mail)**

 *Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną*

**Nr NIP (podać numer unijny): …......................................... ..................................................................**

**2. Cena jednostkowa brutto (należy podać, zgodnie z załącznikiem Nr 2 do SIWZ - tabela)**

**3. Termin płatności: 60 dni**

**4. Cena Pakietu nr ……..…… bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT: ..............................................................................................................................................

Słownie zł: ................................................................................................................................................

b) z VAT: ..................................................................................................................................................

Słownie: ...................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%): .....................................................................................................................

**W przypadku złożenia oferty do więcej niż jednego pakietu Wykonawca powiela pkt 4 lub składa odrębne formularze.**

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby*

*na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Wymagane dane do kryteriów oceny ofert.**

**5.1 Kryterium „**termin dostawy” - **max. 10 dni od momentu otrzymania zgłoszenia:**

………. **/wpisać ilość dni/**

**W przypadku nie podania terminu Zamawiający przyjmie termin najdłuższy tj. 10 dni roboczych.**

**5.2 Kryterium „**termin rozpatrywania reklamacji” – **max. 10 dni od momentu otrzymania zgłoszenia**

 ………. **/wpisać ilość dni/**

**W przypadku nie podania terminu Zamawiający przyjmie termin najdłuższy tj. 10 dni roboczych.**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:

1. Zał. nr 2 - Wykaz przedmiotu zamówienia,
2. Załącznik nr 6 – oświadczenie (dot. RODO)
3. Załącznik nr 7 – oświadczenie (dot. dopuszczenia do obrotu)
4. Itd.

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

**Załącznik nr 4**

**EZP/38/20**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: data*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) artykułów różnego przeznaczenia dla jednostek organizacyjnych Szpitala – 16 pakietów**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\*** (Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/38/20**

*Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 61-848 Poznań, ul. Długa ½ tel. 061 854 91 21***
* inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Klinicznym Przemienienia PańskiegoUniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu *jest Pani Violetta Matecka tel. 061 854 93 17; email violetta.matacka@skpp.edu.pl*
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia *publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;*
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 6**

**EZP/38/20**

**(Wykonawca oświadczenie dołączy do oferty w formie elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

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

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* 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)

#### Załącznik nr 7 – (Dotyczy: Pakiet nr 3, 4, 14)

**EZP/38/20**

**(Oświadczenie złożyć wraz z ofertą, w wersji elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) artykułów różnego przeznaczenia dla jednostek organizacyjnych Szpitala – 16 pakietów**

**………………….…….. ………………………..**

 Data Nazwa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaproponowany przedmiot zamówienia do obrotu, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w tym zakresie, np. **CE lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności** (jeżeli ocena zgodności była przeprowadzona z udziałem jednostki notyfikowanej, obok znaku CE umieszcza się jej numer seryjny) **oraz, że dostarczę przedmiotowe dokumenty na żądanie Zamawiającego po podpisaniu umowy.**