*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Pakiet nr 1**

**Defibrylator.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I****NUMER KATALOGOWY** |
| 1. | Defibrylator. | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** |
| 1 | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań. | TAK |  |  |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci. | TAK |  |  |
| 3 | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC | TAK |  |  |
| 4 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – 180 minut monitorowania lub 200 defibrylacji x 200J | TAK |  |  |
| 5 | Ciężar defibrylatora do 10kg | TAK |  |  |
| 6 | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia | TAK |  |  |
| 7 |  Norma IP 43 | TAK |  |  |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK |  |  |
| 9 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK |  |  |
| 10 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | TAK |  |  |
| 11 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii od 2 do 360 J  | TAK/NIE |  | **Do 200 J – 0 pkt.** **Od 201 J do 300 J – 10 pkt.** **Od 301 J do 360 J – 20 pkt.** |
| 12 |  Dostępne poziomy energii zewnętrznej – 25  | TAK |  |  |
| 13 |  Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK |  |  |
| 14 | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane | TAK |  |  |
| 15 |  Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | TAK |  |  |
| 16 |  Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie) | TAK |  |  |
| 17 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK |  |  |
| 18 |  Częstość stymulacji 40-170 impulsów/minutę | TAK |  |  |
| 19 | Regulacja prądu stymulacji 0-170 mA | TAK |  |  |
| 20 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |  |
| 21 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK |  |  |
| 22 |  Alarmy częstości akcji serca | TAK |  |  |
| 23 | Zakres pomiaru tętna od 20-250 u/min | TAK |  |  |
| 24 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,5 do 4cm/Mv, min 6 poziomów wzmocnienia. | TAK/NIE |  | **6 poziomów – 5 pkt.** **Powyżej 6 poziomów – 20 pkt.** |
| 25 |  Prezentacja zapisu EKG – 3 kanały na ekranie | TAK |  |  |
| 26 | Ekran kolorowy o przekątnej 8,4’’. | TAK |  |  |
| 27 |  Wydruk EKG na papierze o szerokości 100 mm. | TAK |  |  |
| 28 | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | TAK |  |  |
| 29 | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips na palec. | TAK |  |  |
| 30 | Moduł do pomiaru NiBP z mankietem dla dorosłych ( dwa rozmiary) i dla dzieci. | TAK |  |  |
| 31 | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją bez udziału użytkownika. | TAK |  |  |
| 32 | Możliwość transmisji danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem do istniejących stacji odbiorczych w pracowniach kardiologii inwazyjnej. | TAK |  |  |
| 33 | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2023 | TAK |  |  |
| 34 | Wyposażenie: 3-odprowadzeniowy kabel EKG pacjenta (3 żyłowy) – 1 sztuka | TAK |  |  |
| 35 | Gwarancja 24 miesiące. | TAK |  |  |

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

**Pakiet nr 2**

**Urządzenie do kompresji klatki piersiowej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I****NUMER KATALOGOWY** |
| 1. | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej. | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **OPIS** | **Parametr wymagany** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** |
| 1 | Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej | TAK |  |  |
| 2 |  Urządzenie wyposażone w ramię do ucisku klatki piersiowej montowane na desce pod plecy | TAK |  |  |
| 3 | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK |  |  |
| 4 | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERCGłębokość – od 5 do 6 cmCzęstość – od 102 do 120 +/- 2 uc./minutę. | TAK |  |  |
|  5 | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  |  |
| 6 | 2 tryby pracy:30:2ciągły | TAK |  |  |
| 7 | Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą/ plecakiem do 13 kg | TAK |  |  |
| 8 | Zapis na dysku wewnętrznym lub karcie pamięci parametrów przeprowadzonej resuscytacji i jej przebiegu od momentu włączenia urządzenia | TAK |  |  |
| 9 | Alarmy wizualne i dźwiękowe zintegrowane z przyciskiem start/stop | TAK |  |  |
| 10 | Klasa odporności IP44 | TAK |  |  |
| 11 | Ładowarka wewnątrz urządzenia | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | TAK |  |  |
| 13 | Źródło zasilania:- akumulator wewnętrzny - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 240 V  | TAK |  |  |
| 14 |  Działanie urządzenia w pełni elektryczne | TAK |  |  |
| 15 | Źródła zasilania:- akumulator- zasilanie z gniazda sieci 230V ~AC | TAK |  |  |
| 16 | Czas pracy na akumulatorze: 45 minut | TAK |  |  |
| 17 |  Czas ładowania akumulatora wewnętrznego do 120 minut. | TAK/NIE |  | Do 100 min. – 10 pkt. Od 101 min do 120 min – 20 pkt. |
| 18 | Brak ograniczeń wagowych pacjenta do stosowania urządzenia. | TAK |  |  |
| 19 | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth, wi- fi) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.  | TAK/NIE |  | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |
| 20 | Wyposażenie aparatu:Torba lub plecakdeska pod plecypodkładka stabilizująca pod głowępasy do mocowania rąk pacjenta do urządzeniajednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawki, 2 szt.)akumulator | TAK |  |  |
| 21 | Wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę ( podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację) | TAK |  |  |
| 22 | Gwarancja 24 miesiące. | TAK |  |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** ( tylko w miejscu gdzie do wyboru jest tylko odpowiedź 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 systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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 sprzętu i aparatury o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

**dla pakietu nr 1**

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

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

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

**6. Gwarantujemy :**

Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii od 2 do 360 J.

**Do 200 J / Od 201 J do 300 J / Od 301 J do 360 J (zaznaczyć odpowiednie).**

Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,5 do 4cm/Mv, min 6 poziomów wzmocnienia.

**6 poziomów / Powyżej 6 poziomów (zaznaczyć odpowiednie).**

**dla pakietu nr 2**

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

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

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

**7. Gwarantujemy :**

Czas ładowania akumulatora wewnętrznego do 125 minut.

**Do 100 min. / Od 101 min do 120 min (zaznaczyć odpowiednie).**

Bezprzewodowa transmisja (bluetooth, wi- fi) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.

**Tak / Nie** **(zaznaczyć odpowiednie).**

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.***

*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. : **Dostawa systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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 systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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 systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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 systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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 systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r. na realizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 - Zp/82/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)