Załącznik nr 1 do SWZ

***Pakiet nr 1***

**Aparat RTG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat RTG** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **NAZWA PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PUNKTACJA** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA** |
|  | Pełna nazwa aparatu | Podać |  |  |
|  | Producent | Podać |  |  |
|  | Kraj | Podać |  |  |
|  | Dystrybutor - Oferent | Podać |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Tak |  |  |
|  | Rok produkcji aparatu | Podać |  |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
|  | Aparat dedykowany do radiograficznego obrazowania pacjentów należących z różnych grup wiekowych (dorośli, pediatria) w ułożeniu pionowym i poziomym | Tak |  |  |
|  | Wszystkie elementy oferowanego aparatu RTG (stół kostny, statyw do zdjęć odległościowych, kolumna, generator) wyprodukowane przez jednego producenta | Tak, podać |  |  |
|  | Sprzęt dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o Wyrobach Medycznych | Tak |  |  |
|  | Autoryzacja do oferowania sprzętu będącego przedmiotem oferty | Tak |  |  |
|  | Statyw z lampą mocowany na podłodze | Tak |  |  |
| **SYSTEM RTG PODŁOGOWY** | | | | |
|  | Statyw z lampą mocowany na podłodze | Tak |  |  |
|  | Kolumna wolnostojąca, nie zintegrowana ze stołem | Tak |  |  |
|  | Zakres ruchu wózka z kolumną lampy – wzdłuż stołu ≥ 200 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu lampy RTG w pionie ≥ 150 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Najniższa odległość wiązki poziomej równoległej do podłogi ≤ 40 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres obrotu lampy RTG wokół osi pionowej ≥ 180˚ | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres obrotu lampy RTG wokół osi poziomej ≥ 300˚ | Tak, podać |  |  |
|  | Poprzeczny ruch lampy RTG ułatwiający pozycjonowanie lampy względem pacjenta | Tak, podać | < 25 cm – 0 pkt  ≥ 25 cm – 2 pkt |  |
| **LAMPA RTG I KOLIMATOR** | | | | |
|  | Wielkość małego ogniska ≤ 0,6 | Tak, podać |  |  |
|  | Wielkość dużego ogniska ≤ 1,2 | Tak, podać |  |  |
|  | Nominalna moc małego ogniska ≥ 25 kW | Tak, podać |  |  |
|  | Nominalna moc dużego ogniska ≥ 60 kW | Tak, podać |  |  |
|  | Pojemność cieplna anody ≥ 300 kHU | Tak, podać |  |  |
|  | Szybkość chłodzenia anody ≥ 60 kHU/min | Tak |  |  |
|  | Pojemność cieplna kołpaka lampy RTG ≥ 1,2 MHU | Tak, podać |  |  |
|  | Szybkość wirowania anody ≥ 9000 obr/min. | Tak, podać |  |  |
|  | Ustawianie dodatkowej filtracji Cu i Al. dla zastosowań pediatrycznych, wbudowane w kolimator | Tak, opisać |  |  |
|  | Kolimator obrotowy ze świetlnym symulatorem pola ekspozycji i laserowym celownikiem | Tak |  |  |
|  | Kolimacja manualna | Tak |  |  |
|  | Cyfrowy wyświetlacz wartości odległości SID (dla stołu i statywu) i kąta obrotu lampy na kołpaku lampy RTG | Tak |  |  |
|  | Automatyczna blokada ruchu lampy po osiągnięciu wartości SID zaprogramowanych dla stołu i statywu | Tak/Nie  podać | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **GENERATOR RTG** | | | | |
|  | Generator wysokiej częstotliwości | Tak |  |  |
|  | Integracja generatora z systemem obrazowym z obsługą wszystkich funkcji z jednej konsoli i jednego oprogramowania. Automatyczne łączenie wartości parametrów ekspozycji ze zdjęciem i ich zapis w DICOM | Tak |  |  |
|  | Moc generatora ≥ 50 kW | Tak, podać |  |  |
|  | Max prąd w radiografii ≥ 600 mA | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres mAs ≥ 0,1 - 500 mAs | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres napięć ≥ 40 - 150 kV | Tak, podać |  |  |
|  | Minimalny czas ekspozycji ≤ 1 ms | Tak, podać |  |  |
|  | Ilość programów anatomicznych ≥ 300 | Tak, podać |  |  |
|  | Wydzielone program anatomiczne dla zastosowań pediatrycznych | Tak |  |  |
|  | Automatyka zdjęciowa AEC (stojak płucny i stół) | Tak |  |  |
| **UNIWERSALNY STÓŁ DIAGNOSTYCZNY** | | | | |
|  | Stół mocowany do podłogi | Tak |  |  |
|  | Blat pływający | Tak |  |  |
|  | Długość blatu stołu ≥ 220 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Szerokość blatu stołu ≥ 80 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu wzdłużnego blatu ≥ 100 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu poprzecznego blatu ≥ 24 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu pojemnika na detektor ≥ 50 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Wysokość blatu od podłogi | Tak, podać | > 55 cm – 0 pkt  ≤ 55 cm – 2 pkt |  |
|  | Zakres ruchu pionowego blatu ≥ 40 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Sterownik nożny do sterowania zmianą wysokości i hamulcami blatu wbudowany w podstawę | Tak |  |  |
|  | Przesuwy blatu i regulacja wysokości zabezpieczone przed przypadkową aktywacją | Tak, opisać |  |  |
|  | Obciążenie blatu stołu bez ograniczeń ruchu | Tak, podać | < 300 kg – 0 pkt  ≥ 300 kg – 2 pkt |  |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa ≥ 35 pl/cm; R=10:1 ogniskowana 100-115 cm z możliwością wyjęcia ze statywu bez użycia narzędzi | Tak, podać |  |  |
|  | Układ AEC w stole, ≥ 3 komory | Tak, podać |  |  |
|  | Uchwyt detektora do wykonywania badań promieniem poziomym | Tak, podać |  |  |
|  | Stół mocowany do podłogi | Tak |  |  |
| **STATYWY DO ZDJĘĆ ODLEGŁOŚCIOWYCH** | | | | |
|  | Statyw mocowany do podłogi | Tak |  |  |
|  | Minimalna możliwa odległość środka detektora, licząc od podłogi ≤ 40 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Maksymalna możliwa odległość środka detektora, licząc od podłogi ≥190 cm | Tak, podać |  |  |
|  | Układ AEC w statywie, ≥ 3 komory | Tak, opisać |  |  |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa ≥ 35 pl/cm; R=10:1 ogniskowana 100-115 cm z możliwością wyjęcia ze statywu bez użycia narzędzi | Tak, podać |  |  |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa ≥ 35 pl/cm; R=10:1 ogniskowana 150-180 cm z możliwością wyjęcia ze statywu bez użycia narzędzi | Tak, podać |  |  |
|  | Uchwyt do podtrzymywania przy projekcji bocznej | Tak |  |  |
| **SYSTEM OBRAZOWANIA – DETEKTOR DR DLA STATYWU** | | | | |
|  | Detektor mobilny formatu 35 x 43 cm dedykowany do obrazowania pacjentów ułożonych na stole oraz poza stołem i statywem | Tak |  |  |
|  | Waga detektora z baterią ≤ 3 kg | Tak, podać |  |  |
|  | Grubość detektora ≤ 16 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Materiał scyntylatora - CsI | TAK |  |  |
|  | Rozdzielczość detektora ≥ 7 mln pikseli | Tak, podać |  |  |
|  | Rozmiary piksela ≤ 140 µm | Tak, podać |  |  |
|  | Głębokość akwizycji ≥ 16 bit | Tak, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość liniowa ≥ 3,5 pl/mm | Tak, podać |  |  |
|  | DQE ≥ 65% | Tak, podać |  |  |
|  | Detektor wyposażony w min. dwie baterie | Tak, podać |  |  |
|  | Pamięć obrazowa detektora ≥ 150 obrazów | Tak, podać |  |  |
|  | Odporność detektora na pył i wodę IP ≥ 66 | Tak, podać |  |  |
|  | Obciążenie detektora | Tak, podać | < 300 kg – 0 pkt  ≥ 300 kg – 2 pkt |  |
|  | Możliwość zamiennego stosowania z posiadanym przez Zamawiajacego detektorem formatu 35 x 43 cm prod. Vieworks | Tak/Nie  podać | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **SYSTEM OBRAZOWANIA – DETEKTOR DR DLA STOŁU I EKSPOZYCJI SWOBODNYCH** | | | | |
|  | Detektor mobilny formatu 35 x 43 cm dedykowany do obrazowania pacjentów ułożonych na stole oraz poza stołem i statywem | TAK |  |  |
|  | Waga detektora z baterią ≤ 3 kg | Tak, podać |  |  |
|  | Grubość detektora ≤ 16 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Materiał scyntylatora - CsI | Tak, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość detektora ≥ 7 mln pikseli | Tak, podać |  |  |
|  | Rozmiary piksela ≤ 140 µm | Tak, podać |  |  |
|  | Głębokość akwizycji ≥ 16 bit | Tak, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość liniowa ≥ 3,5 pl/mm | Tak, podać |  |  |
|  | DQE ≥ 65% | Tak, podać |  |  |
|  | Detektor wyposażony w min. dwie baterie | Tak, podać |  |  |
|  | Pamięć obrazowa detektora ≥ 150 obrazów | Tak, podać |  |  |
|  | Odporność detektora na pył i wodę IP ≥ 66 | Tak, podać |  |  |
|  | Obciążenie detektora | Tak, podać | < 300 kg – 0 pkt  ≥ 300 kg – 2 pkt |  |
|  | Możliwość zamiennego stosowania z posiadanym przez Zamawiajacego detektorem formatu 35 x 43 cm prod. Vieworks | Tak/Nie  podać | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **SYSTEM OBRAZOWANIA – KONSOLA OPERATORA** | | | | |
|  | Jedna, wspólna konsola do sterowania generatorem, detektorami i zarządzania obrazami poprzez jedno zintegrowane oprogramowanie. Regulacja parametrów ekspozycji i podgląd obrazów z ich obróbką zintegrowane w jednym monitorze | Tak, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie sterujące detektorami oraz zaoferowane detektory w pełni kompatybilne, wyprodukowane przez tego samego producenta. | Tak, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie z funkcjami automatycznego pobierania po ekspozycji wartości parametrów ekspozycji i ich automatycznego łączenia z obrazem oraz ich zapisu w DICOM | Tak, opisać |  |  |
|  | Obsługa oprogramowania stacji akwizycyjnej w języku polskim wraz z pomocą kontekstową | Tak |  |  |
|  | Dostęp do konsoli tylko dla osób uprawnionych | Tak |  |  |
|  | Możliwość zdalnego połączenia ze stacją operatora pod kontrola Zamawiajacego (po udostępnieniu łącza) | Tak |  |  |
|  | 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 | Tak, opisać |  |  |
|  | Stacja operatora o minimalnych parametrach:  - pamięć RAM 8 GB  - dedykowana karta graficzna  - system operacyjny  - klawiatura i mysz  - monitor dotykowy 23’’  - dysk twardy o pojemności 2 TB | Tak, podać |  |  |
|  | Funkcje DICOM min. Send, Storage, Worklist, Print | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość wpisywania danych pacjenta bezpośrednio na stanowisku za pomocą ekranu dotykowego lub 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 |  |  |
|  | Automatyczne maskowanie nienaświetlonych fragmentów obrazu | Tak |  |  |
|  | Wyszukiwanie badań na podstawie zadanych kryteriów, min: imię i nazwisko pacjenta, rodzaj badania, data wykonania badania | Tak |  |  |
|  | Możliwość predefiniowania komentarzy do umieszczenia w dowolnym miejscu na obrazie | Tak |  |  |
|  | Podstawowe funkcje pomiarowe min. pomiar kątów i odległości | Tak |  |  |
|  | Możliwość otwarcia zamkniętego badania i dodania nowego obrazu z dodatkowej ekspozycji | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające po ekspozycji akceptację lub odrzucenie obrazu | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie do prowadzenia statystyk zdjęć wykonanych i odrzuconych. Analiza statystyczna ilości zdjęć wykonanych i odrzuconych dla różnych operatorów i projekcji umożliwiająca optymalizację procesu obróbki i poprawę jakości otrzymanych obrazów | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające usuwanie obrazu kratki przeciwrozproszeniowej | Tak |  |  |
|  | Dedykowane do współpracy z oferowanym aparatem oprogramowanie do automatycznego monitorowania i optymalizacji dawki promieniowania RTG i testów podstawowych;  -licencja bezterminowa na oprogramowanie do obsługi oferowanego aparatu;  - oprogramowanie w całości w języku polskim wraz z pomocą kontekstową;  - oprogramowanie z możliwością obsługi oferowanego aparatu oraz innych modalności oraz urządzeń diagnostycznych różnych producentów. | Tak, podać |  |  |
|  | Automatyczne pobieranie i raportowanie  danych o dawkach promieniowania  pozwalające określić wielkość narażenia pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć oraz automatyczne porównanie tych wielkości z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi;  -generowanie raportu zgodnego z wymogami Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej. | Tak/Nie | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
|  | Oprogramowanie automatycznie wysyłające powiadomienia (na wskazaną przez Zamawiajacego listę mailingową) o konieczności wykonania kolejnego testu lub przekroczeniu dawki. | Tak/Nie | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **INNE** | | | | |
|  | 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 |  |  |
|  | Wykonanie w cenie oferty wytycznych do przygotowania gabinetu do instalacji nowego aparatu alternatywnie wykonanie prac przystosowawczych dla instalacji nowego aparatu | Tak |  |  |
|  | Testy akceptacyjne i specjalistyczne po instalacji systemu. | Tak |  |  |
|  | Wykonanie Projektu Osłon Stałych dla gabinetu. | Tak |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w postaci cyfrowej i papierowej, dostarczana ze sprzetem | Tak |  |  |
|  | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie jego dostawy | Tak |  |  |
|  | Podłączenie po stronie aparatu do posiadanego przez Zamawiajacego systemu PACS / RIS. | Tak |  |  |
|  | Okres gwarancji i obsługi serwisowej na całość zaoferowanej konfiguracji (bez jakichkolwiek wyłączeń) | Tak, podać | 24 mies. – 0 pkt.  25 – 35 mies. – 4 pkt.  ≥ 36 mies. – 8 pkt |  |
|  | W okresie gwarancyjnym 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 okresie trwania umowy gwarancyjnej min. telefoniczny i mailowy z bezpośrednim kontaktem operatorów z autoryzowanym serwisem (nie przez infolinię). | Tak, podać |  |  |
|  | Czas na podjęcie czynności serwisowych w celu zdiagnozowania problemu (rozumiane jako rozpoczęcie interwencji zdalnej lub wizyta serwisu w miejscu instalacji) liczony w godzinach od momentu zgłoszenia [w dni robocze]. | max 48 godz., podać | < 24 godz. – 4 pkt  24 – 36 godz. - 2 pkt  37 – 48 godz - 0 pkt |  |
|  | Czas na podjęcie skutecznych czynności serwisowych (rozumiane jako naprawa) – w przypadku braku konieczności importu części zamiennych liczony w godzinach od momentu zdiagnozowania usterki [w dni robocze]. | max 96 godz., podać | < 60 godz – 4 pkt  60 – 84 godz – 2 pkt  85 – 96 godz – 0 pkt |  |
|  | Czas na podjęcie skutecznych czynności serwisowych (rozumiane jako naprawa) – w przypadku konieczności importu części zamiennych liczony w godzinach od momentu zdiagnozowania usterki [w dni robocze]. | max 144 godz., podać | < 96 godz – 4 pkt  96 – 108 godz – 2 pkt  109 – 144 godz – 0 pkt |  |

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

***Pakiet nr 2***

**Kozetka kliniczna zabiegowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Kozetka kliniczna zabiegowa** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis :**

1. Stół zabiegowy elektryczny z regulacją wysokości za pomocą nożnego sterownika z dostępem z każdej strony stołu mocowanego do podstawy stołu oraz za pomocą pilota przewodowego.
2. Elektryczna regulacja wysokości stołu w zakresie 46cm – 94cm (+/-2cm)
3. Stół zabiegowy 3-segmentowy, wszystkie segmenty stołu tapicerowane materiałem łatwo zmywalnym i nadającym się do dezynfekcji preparatami stosowanymi powszechnie w placówkach ochrony zdrowia.
4. Maksymalna długość stołu 210cm
5. Maksymalna szerokość stołu 80cm.
6. Długość segmentu pleców 90 cm (+/-2cm).
7. Regulacja segmentu pleców w zakresie -15º do +60º (+/-5º).
8. Elektryczna regulacja segmentu pleców za pomocą siłownika sterowana z pilota przewodowego.
9. Długość segmentu siedziska 47cm (+/-2cm).
10. Elektryczna regulacja segmentu siedziska (nachylenie całego blatu stołu) za pomocą pilota przewodowego.
11. Regulacja siedziska w zakresie -10º do +25º (+/-5º).
12. Długość segmentu nożnego 62cm (+/-2cm)
13. Regulacja segmentu nożnego -50º do +35º (+/-5º).
14. Stół zabiegowy/kozetka wyposażona w koła o średnicy 75mm wysuwane z podstawy stołu dźwignią nożną w celu przemieszczania stołu.
15. Stół blokowany do podłogi za pomocą 4 gumowych nóżek celem stabilizacji.
16. Dodatkowo wskazana tworzywowa osłona podstawy.
17. Blat stołu oparty w dwóch punktach podparcia.
18. Bezpieczne obciążenie robocze stołu min. 250kg.

***Pakiet nr 3***

**Łóżko szpitalne specjalistyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Łóżko szpitalne specjalistyczne** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Łóżko szpitalne regulowane elektryczne, zasilanie 230V, 50Hz, z sygnalizacją włączenia do sieci, wyposażone w akumulator z sygnalizacją jego naładowania. Łóżko ma posiadać sygnalizację dźwiękową informującą o pracy na akumulatorze.
2. Maksymalna długość całkowita łóżka 2100mm.
3. Maksymalna szerokość całkowita 970mm.
4. Łóżko z możliwością regulacji długości leża.
5. Minimalne bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta.
6. Łóżko wyposażone w system elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegającej na wyłączeniu regulacji łóżka, w przypadku przekroczenia obciążenia.
7. Długość podstawy leża 160cm +/-5cm, szerokość podstawy łóżka 80cm +/-5cm dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża w każdym jego położeniu.
8. Szczyty łóżka tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy, wyposażone w blokady zabezpieczające przed przypadkowym wyjęciem z widocznym oznakowaniem: zablokowane/ odblokowane.
9. Leże łóżka 4-sekcyjne, w tym 3 segmenty ruchome. Poszczególne segmenty wykonane z materiału nadającego się do łatwego mycia i dezynfekcji, których konstrukcja pozwala na cyrkulację powietrza. Panele łatwo demontowalne bez użycia narzędzi.
10. Leże ma być wyposażone w zabezpieczenie zapobiegające przesuwaniu się materaca.
11. Koła o średnicy 125mm +/-20mm z możliwością centralnego blokowania, pojedyncze lub podwójne.
12. Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy paneli wbudowanych po obu stronach barierki bocznej od strony głowy oraz panelu sterowniczego znajdującego się na szczycie od strony nóg. Piktogram na panelu powinien pozwalać na łatwą identyfikację każdej funkcji łóżka.
13. Zakres regulacji elektrycznej wysokości leża od 350mm do 750mm +/-30mm.
14. Łóżko wyposażone w wskaźnik uzyskania minimalnej pozycji leża.
15. Regulacja elektryczna segmentu pleców w zakresie 70˚ (+/-5˚) możliwa do wykonania zarówno za pomocą przycisków w barierkach bocznych jak i z panelu sterowniczego.
16. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 34˚ (+/-5˚) możliwa do wykonania zarówno za pomocą przycisków w barierkach bocznych jak i z panelu sterowniczego.
17. Łóżko ma posiadać funkcję autokontur sterowaną elektrycznie z obu paneli.
18. Łóżko ma być wyposażone w funkcję autoregresji segmentu pleców oraz ud, niwelującą ryzyko powstawania odleżyn poprzez minimalizację nacisku w odcinku krzyżowo – lędźwiowym. W segmencie pleców min 9cm, w segmencie uda min 5cm.
19. Wskazane wyposażenie w funkcję teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda do tyłu i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów.
20. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty – Trendelenburga min 12˚ sterowane z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.
21. Łóżko ma być wyposażone w regulację elektryczną do pozycji krzesła kardiologicznego sterowanego jednym przyciskiem umieszczonym na panelu sterowniczym.
22. Łóżko ma posiadać elektryczną regulację do pozycji antyszokowej sterowanej jednym przyciskiem umieszczonym na panelu sterowniczym.
23. Łóżko ma posiadać wyłączniki blokady na panelu sterowniczym następujących regulacji: wysokości, regulacji części plecowej, regulacji części nożnej.
24. Łóżko ma być wyposażone w alarm dźwiękowy informujący o próbie użycia zablokowanej funkcji.
25. Łóżko ma mieć system zabezpieczający przed nieświadomym uruchomieniem danej funkcji.
26. Łóżko ma być wyposażone w system odłączenia wszelkich regulacji po 180 sekundach (+/-30 sekund) nieużywania żadnej z funkcji.
27. Łóżko ma być wyposażone w czytelny przycisk bezpieczeństwa np. STOP, którym można natychmiast odłączyć wszystkie funkcje elektryczne w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu.
28. Łóżko ma być wyposażone w funkcję CPR, prostą i intuicyjną w obsłudze.
29. Łóżko ma być wyposażone w:

- barierki boczne, dzielone, tworzywowe z wbudowanymi sterownikami po stronie zewnętrznej i/lub wewnętrznej zabezpieczające minimum ¾ leża. Barierki powinny się łatwo otwierać, ale jednocześnie być zabezpieczone przed przypadkowym otwarciem,

-listwę z miejscem na zawieszenie worków urologicznych,

-półkę na pościel lakierowaną wysuwaną spod leża z możliwością chowania w niej centralnego panelu sterowniczego,

-wieszak do kroplówki montowany od strony szczytu głowy i nóg, wysięgnik chromowany lub inny nierdzewny z minimum 2 hakami,

-uchwyty na pasy do unieruchomienia pacjenta,

-wysięgnik z uchwytem ręki chromowany lub inny nierdzewny wyposażony w tworzywowy trójkąt do podciągania,

-materac piankowy dwuwarstwowy z funkcją wentylacji, górna warstwa o grubości minimum 5cm wykonana z takiego typu pianki, która zapamiętuje kształt ciała na całej powierzchni materaca, struktura materaca równomiernie rozkładająca nacisk, powłoka o właściwościach antybakteryjnych i para przepuszczalnych, grubość materaca min 14cm, dopasowany do konstrukcji łóżka, pokrowiec na materac wodo i ognioodporny łatwy do utrzymania w czystości zasuwany na zamek błyskawiczny.

***Pakiet nr 4***

***Łóżko rehabilitacyjne szpitalne***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Łóżko rehabilitacyjne szpitalne** | | **szt.** | **17** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Łóżko szpitalne regulowane elektryczne za pomocą pilota, zasilanie 230V, 50Hz, wyposażone w akumulator. Kabel zasilający umieszczony w przewodzie skręcanym, rozciągliwym wraz z uchwytem do powieszenia przewodu na szczycie łóżka.
2. Łóżko ma posiadać sygnalizację dźwiękową informującą o pracy na akumulatorze.
3. Maksymalna długość całkowita łóżka 2100mm.
4. Maksymalna szerokość całkowita 970mm.
5. Minimalne bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie 200kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta.
6. Konstrukcja nośna łóżka w postaci podwójnych ramion wznoszących. Leże podparte minimum w 8 punktach. Każdy narożnik łóżka wyposażony w krążki odbojowe.
7. Długość podstawy leża 160cm +/-4cm, szerokość podstawy łóżka 80cm +/-4cm dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża w każdym jego położeniu.
8. Szczyty łóżka tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy, wyposażone w blokady zabezpieczające przed przypadkowym wyjęciem z widocznym oznakowaniem: zablokowane/ odblokowane.
9. Leże łóżka czterosegmentowe, w tym 3 segmenty ruchome. Poszczególne segmenty wykonane z materiału nadającego się do łatwego mycia i dezynfekcji, których konstrukcja pozwala na cyrkulację powietrza.
10. Leże ma być wyposażone w uchwyty zapobiegające przesuwaniu się materaca.
11. Wymiary leża 200cm x 90cm. Otwory we wszystkich narożnikach do montażu wyposażenia dodatkowego.
12. Koła tworzywowe o średnicy 125mm +/-20mm. Centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni. Dźwignie umieszczone bezpośrednio przy kołach po obu stronach łóżka. Dźwignie z kolorystycznym oznaczeniem stanu blokady.
13. Łóżko ma być wyposażone w barierki boczne, składane wzdłuż ramy leża, ale nie powinny one po złożeniu powodować poszerzenia łóżka jak też narażać personelu na urazy przy wykonywaniu czynności u pacjenta. Barierki mają składać się poniżej poziomu materaca. W celach bezpieczeństwa odblokowanie barierek powinno się odbywać w minimum dwóch ruchach. Barierki mają być wyposażone w system zabezpieczający przed zgnieceniem pleców pacjenta. Minimalna wysokość barierki 450mm.
14. Łóżko ma posiadać elektryczną regulację wysokości. Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca to min 38cm +/-3cm, natomiast wysokość maksymalna leża mierzona tak samo 76cm +/-3cm.
15. Ponadto łóżko ma posiadać elektryczną regulację segmentu pleców, segmentu uda, przechyłów Trendelenburga i anty Trendelenburga oraz funkcję autokontur. Wszystkie funkcje sterowane za pomocą jednego pilota.
16. Regulacja elektryczna pleców minimum 70˚ oraz regulacja elektryczna uda minimum 35˚.
17. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty Trendelenburga minimum 15˚.
18. Łóżko wyposażone w funkcję autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelującą ryzyko powstawania odleżyn poprzez minimalizację nacisku w odcinku krzyżowo – lędźwiowym. W segmencie pleców min 9cm, w segmencie uda min 5cm.
19. W celach bezpieczeństwa przed przypadkowym uruchomieniem niepożądanej funkcji, pilot powinien mieć możliwość pracy w 3 trybach: wszystkie funkcje odblokowane, zablokowana funkcja Trendelenburga, blokada wszystkich funkcji. Czytelne oznakowanie na pilocie w jakim trybie się znajduje.
20. Łóżko ma być wyposażone w funkcję CPR, prostą i intuicyjną w obsłudze.
21. Łóżko ma być wyposażone w barierki boczne, materac piankowy o minimalnej wysokości 12cm dopasowany do leża w pokrowcu paro przepuszczalnym, zmywalnym z zamkiem błyskawicznym zabezpieczonym przed wnikaniem płynów, wieszak na kroplówki, wysięgnik z uchwytem ręki, uchwyty na pasy do unieruchomienia pacjenta.

***Pakiet nr 5***

***Szafki przyłóżkowe***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Szafki przyłóżkowe** | | **szt.** | **50** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Szafka przyłóżkowa ma być dwustronna z możliwością postawienia jej po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności.
2. Szkielet szafki ma być wykonany z materiału łatwo zmywalnego, nadającego się do dezynfekcji środkami powszechnie używanymi w placówkach ochrony zdrowia, materiał z którego będzie wykonana szafka ma być trwały, odporny na częste jej zmywanie i dezynfekcję, a jednocześnie zapewniający estetyczny wygląd.
3. Pożądane wyposażenie szafki przyłóżkowej to:
   * jedna szuflada znajdująca się bezpośrednio pod blatem,
   * półka wewnątrz szafki, niezamykana, z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki,
   * druga większa szuflada,
   * półka na basen/obuwie znajdująca się pod korpusem szafki, wykonana najlepiej z metalowej lakierowanej siatki,
   * reling na ręcznik,
   * blat boczny rozkładany i chowany do wnęki z boku szafki,
4. Obie szuflady mają gwarantować nieograniczony dostęp do przedmiotów, które się w nich znajdują. Szuflady wysuwane obustronnie, na prowadnicach ślizgowych.
5. Czoła szuflad mają być wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki.
6. Blat górny i boczny szafki ma być wykonany z płyty o wysokiej odporności na działanie wody, pary wodnej, promieni UV, temperaturę, korozję, butwienie, o wysokiej udarności łatwy do utrzymania w czystości.
7. Blat górny ma być zabezpieczony galeryjką chroniącą przed spadaniem przedmiotów z blatu oraz wyposażony w dwa relingi do łatwego przetaczania szafki.
8. Blat boczny ma posiadać przynajmniej na długich krawędziach tworzywowe galeryjki, zabezpieczające przedmioty przed zsunięciem się.
9. Regulacja nachylenia kąta blatu bocznego w poziomie min 300 stopni z możliwością zablokowania w minimum dwóch pośrednich pozycjach.
10. Układ jezdny ma być na tyle mobilny aby łatwo można było przemieszczać szafkę po powierzchniach płaskich na znaczne odległości. Kółka jezdne z estetycznym nie brudzącym podłóg bieżnikiem. Blokada kół centralna lub indywidualna.
11. Pożądane wymiary szafki to: wysokość 95cm, +/-5cm; głębokość 50cm, +/-5cm; szerokość 55cm, +/-5cm; regulacja wysokości blatu bocznego 75-110 +/-5cm; wymiary blatu bocznego 35x60cm, +/-5cm.

***Pakiet nr 6***

***Chłodziarka farmeceutyczna***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Chłodziarka farmaceutyczna** | | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Lodówka/ chłodziarka przeznaczona do przechowywania leków, szczepionek i wyrobów medycznych
2. Lodówka/ chłodziarka ma posiadać elektroniczny regulator temperatury z cyfrowym wyświetlaczem. Zakres temp. Od +1 do +15 st. C
3. Wymagane alarmy: alarm awarii zasilania, alarm zbyt wysokiej temperatury, alarm zbyt niskiej temperatury, alarm otwartych drzwi.
4. Drzwi z możliwością zamknięcia na zamek.
5. Chłodziarka z automatycznym odszranianiem.
6. Wbudowany rejestrator temperatury.
7. Korpus zewnętrzny wykonany z materiału nadającego się do mycia detergentami oraz do dezynfekcji środkami używanymi przez placówki medyczne.
8. Wnętrze lodówki/chłodziarki wykonane z materiału nadającego się do mycia detergentami oraz do dezynfekcji środkami używanymi przez placówki medyczne.
9. Wnętrze wyposażone w półki, dopuszcza się również inne rozwiązania np. Szuflady lub system mieszany.
10. Drzwi z możliwością wyboru kierunku otwierania. Dopuszcza się drzwi pełne lub przeszklone.
11. Nóżki służące do wypoziomowania urządzenia.
12. Wymuszony obieg powietrza.
13. Automatyczne odparowanie kondensatu.
14. Wymiary zewnętrzne : maksymalna szerokość 65 cm, maksymalna głębokość - 65 cm, maksymalna wysokość – 180 cm.

***Pakiet nr 7***

***Waga medyczna ze wzrostomierzem***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Waga medyczna ze wzrostomierzem** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Waga medyczna legalizowana w klasie III.
2. Waga wyposażona w czytelny wyświetlacz oraz prosty w obsłudze wzrostomierz.
3. Wskazana możliwość obliczania BMI.
4. Funkcje TARA i HOLD.
5. Wymagane obciążenie do 250 kg.
6. Zasilanie sieciowe i opcjonalnie bateryjne.
7. Platforma antypoślizgowa.
8. Gumowe stopki umożliwiające regulację poziomu platformy.
9. Instrukcja obsługi w języku polskim.
10. Zakres pomiaru na wzrostomierzu: 60- 200cm.
11. Podziałka co 1mm.

***Pakiet nr 8***

***Waga medyczna krzesełkowa***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Waga medyczna krzesełkowa** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Waga krzesełkowa przeznaczona do ważenia pacjentów w pozycji siedzącej.
2. Certyfikowana waga medyczna – certyfikat CE.
3. Waga z legalizacją - klasa III.
4. Waga krzesełkowa wyposażona w 4 kółka łożyskowe, w tym przynajmniej 2 skrętne pozwalające na dużą mobilność.
5. Antypoślizgowa faktura siedziska, łatwa do mycia i dezynfekcji.
6. Waga wyposażona w uchylne podłokietniki i składane podnóżki.
7. Waga z zasilaczem sieciowym z możliwością zawieszenia go na ramie wagi, ale również z możliwością pracy na bateriach.
8. Nośność wagi do 250 kg, dokładność pomiaru 100g w całym zakresie pomiaru.
9. Wskazana możliwość obliczenia parametrów BMI i BSA.
10. Waga z funkcją HOLD i TARA, z automatycznym wyłączeniem.
11. Czytelny wyświetlacz LCD.

***Pakiet nr 9***

***Lodówka/chłodziarka farmaceutyczna 55l***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Lodówka/chłodziarka farmaceutyczna 55l** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Lodówka/ chłodziarka przeznaczona do przechowywania leków, szczepionek i wyrobów medycznych.
2. Lodówka/ chłodziarka ma posiadać zgodność z normą DIN 58345.
3. Ma posiadać elektroniczny mikroprocesorowy sterownik temperatury z cyfrowym wyświetlaczem LED. Zakres temp. Od +0 do +10 st. C.
4. Wymagane alarmy optyczny i dźwiękowy : alarm awarii zasilania, alarm wysokiej temperatury, alarm zbyt niskiej temperatury, alarm otwartych drzwi.
5. Drzwi z możliwością zamknięcia na zamek.
6. Drzwi przeszklone lub pełne.
7. Lodówka/ chłodziarka z automatycznym odszranianiem.
8. Wbudowany automatyczny rejestrator temperatury.
9. Korpus zewnętrzny wykonany z materiału nadającego się do mycia detergentami oraz do dezynfekcji środkami dostępnymi przez placówkę medyczną.
10. Wnętrze wyposażone w 2 półki .
11. Wymuszony obieg powietrza.
12. Automatyczne odparowanie kondensatu.
13. Nóżki służące do wypoziomowania urządzenia.
14. Pojemność 55 l.
15. Wymiary zewnętrzne: wysokość maksymalna 570 mm, szerokość maksymalna 550 mm, głębokość maksymalna- 640 mm.

***Pakiet nr 10***

***Lodówka/chłodziarka farmaceutyczna 130l***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| **1.** | **Lodówka/chłodziarka farmaceutyczna 130l** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Lodówka/ chłodziarka przeznaczona do przechowywania leków, szczepionek i wyrobów medycznych.
2. Wyposażona w elektroniczny mikroprocesorowy sterownik temperatury z cyfrowym wyświetlaczem LED. Zakres temp. Od +0 do +10 st. C.
3. Wymagane alarmy optyczny i dźwiękowy : alarm awarii zasilania, alarm wysokiej temperatury, alarm zbyt niskiej temperatury, alarm otwartych drzwi.
4. Drzwi z możliwością zamknięcia na zamek.
5. Drzwi przeszklone lub pełne.
6. Lodówka/ chłodziarka z automatycznym odszranianiem.
7. Wbudowany automatyczny rejestrator temperatury.
8. Korpus zewnętrzny wykonany z materiału nadającego się do mycia detergentami oraz do dezynfekcji środkami używanymi przez placówkę medyczną.
9. Wymuszony obieg powietrza.
10. Automatyczne odparowanie kondensatu.
11. Nóżki służące do wypoziomowania urządzenia.
12. Pojemność 130l.
13. Wysokość maksymalna 820 mm, szerokość maksymalna 650 mm, głębokość maksymalna 630 mm.
14. Wnętrze wyposażone w 2 półki i szufladę dolną.

***Pakiet nr 11***

***Wózek/łóżko transportowe***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| **1.** | **Wózek/łóżko transportowe** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Konstrukcja kolumnowa  charakteryzująca się brakiem powierzchni trudnodostępnych, łatwych do czyszczenia i dezynfekcji środkami dostępnymi w placówkach medycznych.
2. Obciążenie robocze powyżej 230 kg.
3. Konstrukcja z hartowanej galwanizowanej stali.
4. Hydrauliczna nożna regulacja funkcji Anty- i Trendelenburga bez użycia rąk.
5. Koła o średnicy ok. 200 mm z możliwością blokowania z czterech stron.
6. Dodatkowo 5 koło umożliwiające lepszą zwrotność 360°.
7. Obustronny dostęp do hydraulicznej regulacji wysokości.
8. Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową.
9. Materac wyposażony w wysuwane wkładki, zabezpieczające pacjenta przy przemieszczaniu na stół lub łóżko.
10. Podziałka wzdłuż leża ułatwiająca pozycjonowanie kasety RTG.
11. Wskaźniki kąta nachylenia leża.
12. Leże przezierne na całej długości bez konieczności przemieszczania pacjenta.
13. Współpraca z ramieniem C.
14. Listwy  na całej długości wózka, krążki odbojowe w narożnikach.
15. Składane barierki boczne.
16. Tworzywowa obudowa podwozia z wyprofilowanym pojemnikiem np. na  butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta.
17. W wyposażeniu wózka pasy do mocowania pacjenta, uchwyt-stojak na kroplówki.

***Pakiet nr 12***

***Waga elektroniczna, kolumnowa ze wzrostomierzem***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| **1.** | **Waga elektroniczna, kolumnowa ze wzrostomierzem** | | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

**Opis:**

1. Waga medyczna legalizowana w klasie III.
2. Waga wyposażona w czytelny wyświetlacz oraz prosty w obsłudze wzrostomierz.
3. Funkcja TARA, Pre- TARA , HOLD, AUTO- HOLD , BMI, funkcja MATKA/ DZIECKO.
4. Nośności wagi do 250-300 kg.
5. Podziałka (g) 50g<150g>100g.
6. Zakres pomiaru od 60 - 230 cm.
7. Podziałka co 1mm.
8. Zasilanie sieciowe (włącznie z zasilaczem) i bateryjne.
9. Platforma antypoślizgowa.
10. Gumowe, stabilne stopki umożliwiające regulację poziomu platformy.
11. Automatyczne wyłączanie.
12. Dwa kółka do przetaczania wagi.
13. Instrukcja obsługi w języku polskim.

|  |
| --- |
|  |

***Pakiet nr 13***

***Zestaw osłon indywidualnych do aparatu RTG***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***SZTUK ZESTAWÓW*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| **1.** | **Zestaw osłon indywidualnych do aparatu RTG** | | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PUNKTACJA** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA** |
| **FARTUCH OCHRONNY JEDNOSTRONNY DZIECIĘCY** | | | | |
|  | Fartuch ochronny jednostronny dziecięcy (wzrost 125 – 135 cm) | Tak |  |  |
|  | Fartuch ochronny jednostronny zabezpieczający przód, barki, łopatki | Tak |  |  |
|  | Współczynnik ochronności 0,25 mmPb. | Tak |  |  |
| **FARTUCH OCHRONNY JEDNOSTRONNY DZIECIĘCY** | | | | |
|  | Fartuch ochronny jednostronny dziecięcy (wzrost 125 – 135 cm) | Tak |  |  |
|  | Fartuch ochronny jednostronny zabezpieczający przód, barki, łopatki | Tak |  |  |
|  | Współczynnik ochronności 0,35 mmPb. | Tak |  |  |
| **FARTUCH OCHRONNY JEDNOSTRONNY** | | | | |
|  | Fartuch ochronny jednostronny w rozmiarze M | Tak |  |  |
|  | Fartuch ochronny jednostronny zabezpieczający przód, barki, łopatki. | Tak |  |  |
|  | Współczynnik ochronności 0,25 mmPb. | Tak |  |  |
| **FARTUCH OCHRONNY JEDNOSTRONNY** | | | | |
|  | Fartuch ochronny jednostronny w rozmiarze M | Tak |  |  |
|  | Fartuch ochronny jednostronny zabezpieczający przód, barki, łopatki. | Tak |  |  |
|  | Współczynnik ochronności 0,35 mmPb. | Tak |  |  |
| **ZESTAW FARTUCHÓW MIEDNICOWYCH** | | | | |
|  | Zestaw fartuchów miednicowych w rozmiarach S, M, L, XL | Tak |  |  |
|  | Fartuchy zabezpieczające miednicę pacjenta podczas badania RTG. | Tak |  |  |
|  | Fartuch zapinane na pasy obszyte rzepem. | Tak |  |  |
|  | W przypadku fartucha w rozmiarze XL dłuższe, dwumetrowe pasy do zapinania | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Współczynnik ochronności każdego fartucha w zestawie 0,35 mmPb. | Tak |  |  |
| **OCHRONA JAJNIKÓW** | | | | |
|  | Zestaw na jajniki w rozmiarach S, M, L | Tak |  |  |
|  | Osłony zabezpieczające jajniki pacjentki podczas badania RTG. | Tak |  |  |
|  | Obie strony osłon wykonane z materiału wierzchniego w celu lepszej konserwacji i czyszczenia. | Tak |  |  |
|  | Osłony wyposażone w tasiemki mocowane na szyji pacjentki przy pomocy stoperów umożliwiających zawieszenie osłony na odpowiedniej wysokości. | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Współczynnik ochronności każdej osłony w zestawie 1mmPb. | Tak |  |  |
| **OSŁONA NA GONADY** | | | | |
|  | Zestaw osłon na gonady w pięciu wielkościach (I – V) | Tak |  |  |
|  | Obie strony osłon wykonane z materiału wierzchniego w celu lepszej konserwacji i czyszczenia. | Tak |  |  |
|  | Współczynnik ochronności każdej osłony w zestawie 1mmPb. | Tak |  |  |
| **GWARANCJA** | | | | |
| 26. | Termin gwarancji | Tak | 12 m-cy – 0 pkt.  od 13 do 36 m-cy – 10pkt.  od 37 do 47 m-cy -15pkt.  od 48 m-cy i więcej-20pkt. |  |

**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) (Data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego pn. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie" – Zp /52/PN/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

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

Numer telefonu …………………....... e-mail ....................................................................... (do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działaność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

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

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

dla pakietu nr …….. *(****za wyjątkiem pakietu nr 1 i 13****, należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

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

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

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

……………………………………………………... złotych),

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

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

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

7. **Dla pakietu nr 1**

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

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

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

……………………………………………………... złotych),

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

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

Gwarantujemy dla pakietu nr 1 **(zaznaczyć właściwe):**

Poprzeczny ruch lampy RTG ułatwiający pozycjonowanie lampy względem pacjenta : **< 25 cm – 0 pkt ≥ 25 cm – 2 pkt**

Automatyczna blokada ruchu lampy po osiągnięciu wartości SID zaprogramowanych dla stołu i statywu :

**Tak – 2 pkt Nie – 0 pkt.**

Wysokość blatu od podłogi : **> 55 cm – 0 pkt ≤ 55 cm – 2 pkt**

Obciążenie blatu stołu bez ograniczeń ruchu : **< 300 kg – 0 pkt ≥ 300 kg – 2 pkt**

Obciążenie detektora dla statywu : **< 300 kg – 0 pkt ≥ 300 kg – 2 pkt**

Możliwość zamiennego stosowania z posiadanym przez Zamawiajacego detektorem formatu 35 x 43 cm prod. Vieworks : **Tak – 2 pkt Nie – 0 pkt**

Obciążenie detektora dla stołu : **< 300 kg – 0 pkt ≥ 300 kg – 2 pkt**

Możliwość zamiennego stosowania z posiadanym przez Zamawiajacego detektorem formatu 35 x 43 cm prod. Vieworks : **Tak – 2 pkt Nie – 0 pkt**

Automatyczne pobieranie i raportowanie danych o dawkach promieniowania pozwalające określić wielkość narażenia pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć oraz automatyczne porównanie tych wielkości z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi, generowanie raportu zgodnego z wymogami Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej :  **Tak – 2 pkt**  **Nie – 0 pkt**

Oprogramowanie automatycznie wysyłające powiadomienia (na wskazaną przez Zamawiajacego listę mailingową) o konieczności wykonania kolejnego testu lub przekroczeniu dawki : **Tak – 2 pkt** **Nie – 0 pkt**

Okres gwarancji i obsługi serwisowej na całość zaoferowanej konfiguracji (bez jakichkolwiek wyłączeń) :**24 mies. – 0 pkt.,** **25 – 35 mies. – 4 pkt.,** **≥ 36 mies. – 8 pkt**

Czas na podjęcie czynności serwisowych w celu zdiagnozowania problemu (rozumiane jako rozpoczęcie interwencji zdalnej lub wizyta serwisu w miejscu instalacji) liczony w godzinach od momentu zgłoszenia [w dni robocze].max 48 godz. : **< 24 godz. – 4 pkt., 24 – 36 godz. - 2 pkt., 37 – 48 godz - 0 pkt**

Czas na podjęcie skutecznych czynności serwisowych (rozumiane jako naprawa) – w przypadku braku konieczności importu części zamiennych liczony w godzinach od momentu zdiagnozowania usterki [w dni robocze] max 96 godz. : **< 60 godz – 4 pkt., 60 – 84 godz – 2 pkt., 85 – 96 godz – 0 pkt**

Czas na podjęcie skutecznych czynności serwisowych (rozumiane jako naprawa) – w przypadku konieczności importu części zamiennych liczony w godzinach od momentu zdiagnozowania usterki [w dni robocze] max 144 godz. : **< 96 godz – 4 pkt., 96 – 108 godz – 2 pkt., 109 – 144 godz – 0 pkt.**

8. **Dla pakietu nr 13**

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

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

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

……………………………………………………... złotych),

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

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

Gwarantujemy dla pakietu nr 13 **(zaznaczyć właściwe):**

W przypadku fartucha w rozmiarze XL dłuższe, dwumetrowe pasy do zapinania: **TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt.**

Ochrona jajników - osłony wyposażone w tasiemki mocowane na szyji pacjentki przy pomocy stoperów umożliwiających zawieszenie osłony na odpowiedniej wysokości: **Tak – 10 pkt., Nie – 0 pkt.**

Termin gwarancji : **12 m-cy – 0 pkt., od 13 do 36 m-cy – 10pkt., od 37 do 47 m-cy -15pkt., od 48 m-cy i więcej-20pkt.**

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 12 miesięcy dla pakietu nr 13*

*\*Minimalny termin gwarancji 24 miesiące dla pakietu nr 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).*Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer[], data[], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S:**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego** |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | **Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | **Zp/52/PN/23** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ]  [ ] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……]  [……]  [……]  [……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):**czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego? **Jeżeli tak,** jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie      […]   [….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy: b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10): d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji? **Jeżeli nie:** **Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.** **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) [……]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] c) [……]    d) [] Tak [] Nie          e) [] Tak [] Nie         (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. | |
| **Jeżeli tak**: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]   b): [……]   c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko,  wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane: | [……], [……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V? | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.   
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.   
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] Nie Jeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców:  […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;

**korupcja[[14]](#footnote-14)**;

**nadużycie finansowe****[[15]](#footnote-15)**;

**przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**

**pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**

**praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20): a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany [ ]; **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]   b) [……] c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („**samooczyszczenie”)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:  Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?  Proszę podać datę wyroku lub decyzji.  W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:  2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie  [……]  [……]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie  [……]  [……]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[[24]](#footnote-24) [……][……][……] | |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji: a) **zbankrutował**; lub b) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lub c) zawarł **układ z wierzycielami**; lub d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lub e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona? **Jeżeli tak:**  Proszę podać szczegółowe informacje:  Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  [……]  [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy  [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca** zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy  […] |
| **Czy wykonawca lub** przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie    […] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy     […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że: **nie jest** winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji; b) **nie zataił** tych informacji; c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | Nie dotyczy |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie   [……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

**: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji**

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**~~A: Kompetencje~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Kompetencje~~** | **~~Odpowiedź~~** |
| **~~1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym~~** ~~prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy~~~~[[32]](#footnote-32)~~~~: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[…]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| **~~2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:~~** ~~Czy konieczne jest~~ **~~posiadanie~~** ~~określonego~~ **~~zezwolenia lub bycie członkiem~~** ~~określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jego („ogólny”)~~ **~~roczny obrót~~** ~~w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~**~~: i/lub~~** ~~1b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[33]](#footnote-33)~~ ~~(~~**~~)~~**~~:~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta   (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta~~  ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~2a) Jego roczny („specyficzny”)~~ **~~obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem~~** ~~i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:~~ **~~i/lub~~** ~~2b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[34]](#footnote-34)~~~~:~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta     (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) W odniesieniu do~~ **~~wskaźników finansowych~~~~[[35]](#footnote-35)~~** ~~określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y~~~~[[36]](#footnote-36)~~ ~~– oraz wartość): [……], [……]~~~~[[37]](#footnote-37)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~5) W ramach~~ **~~ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego~~** ~~wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:~~ **~~Jeżeli t~~**~~e informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~6) W odniesieniu do~~ **~~innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych~~**~~, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że Jeżeli odnośna dokumentacja, która~~ **~~mogła~~** ~~zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……]      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~C: Zdolność techniczna i zawodowa~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Zdolność techniczna i zawodowa~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~1a) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na roboty budowlane~~**~~: W okresie odniesienia~~~~[[38]](#footnote-38)~~ ~~wykonawca~~ **~~wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju~~**~~:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […] Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~1b) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi~~**~~: W okresie odniesienia~~~~[[39]](#footnote-39)~~ ~~wykonawca~~ **~~zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju~~**~~:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych~~~~[[40]](#footnote-40)~~~~:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ~~Opis~~ | ~~Kwoty~~ | ~~Daty~~ | ~~Odbiorcy~~ | |  |  |  |  | |
| ~~2) Może skorzystać z usług następujących~~ **~~pracowników technicznych lub służb technicznych~~~~[[41]](#footnote-41)~~**~~, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:~~ | ~~[……]   [……]~~ |
| ~~3) Korzysta z następujących~~ **~~urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości~~**~~, a jego~~ **~~zaplecze naukowo-badawcze~~** ~~jest następujące:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy~~ **~~zarządzania łańcuchem dostaw~~** ~~i śledzenia łańcucha dostaw:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~5)~~ **~~W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:~~** ~~Czy wykonawca~~ **~~zezwoli~~** ~~na przeprowadzenie~~ **~~kontroli~~~~[[42]](#footnote-42)~~** ~~swoich~~ **~~zdolności produkcyjnych~~** ~~lub~~ **~~zdolności technicznych~~**~~, a w razie konieczności także dostępnych mu~~ **~~środków naukowych i badawczych~~**~~, jak również~~ **~~środków kontroli jakości~~**~~?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |
| ~~6) Następującym~~ **~~wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi~~** ~~legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca:~~ **~~lub~~** ~~(w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza:~~ | ~~a) [……]    b) [……]~~ |
| ~~7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące~~ **~~środki zarządzania środowiskowego~~**~~:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~8) Wielkość~~ **~~średniego rocznego zatrudnienia~~** ~~u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące~~ | ~~Rok, średnie roczne zatrudnienie: [……], [……] [……], [……] [……], [……] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [……], [……] [……], [……] [……], [……]~~ |
| ~~9) Będzie dysponował następującymi~~ **~~narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi~~** ~~na potrzeby realizacji zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~10) Wykonawca~~ **~~zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom~~~~[[43]](#footnote-43)~~** ~~następującą~~ **~~część (procentową)~~** ~~zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~11) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie    [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~12) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~: Czy wykonawca może przedstawić wymagane~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez urzędowe~~ **~~instytuty~~** ~~lub agencje~~ **~~kontroli jakości~~** ~~o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie         […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych~~ **~~norm zapewniania jakości~~**~~, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~**~~?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~** ~~mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.  
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:~~**

**~~Wykonawca oświadcza, że:~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Ograniczanie liczby kandydatów~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~W następujący sposób~~ **~~spełnia~~** ~~obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów: W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty: Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej~~~~[[44]](#footnote-44)~~~~, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich:~~ | ~~[….]    [] Tak [] Nie~~~~[[45]](#footnote-45)~~ ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~~~[[46]](#footnote-46)~~ |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis(-y): [……]

*Załącznik nr 4a do SWZ*

**Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. 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).

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ*,* polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………………………………………………………...…………………………………….… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
w następującym zakresie: …………………………………………………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**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;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 4b do SWZ*

*( jeżeli dotyczy )*

**Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTEPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. 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).

**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; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

a) art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,

b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

**są nadal aktualne**

oraz:

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy o**:

* braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu\*,
* przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*.

***\*niepotrzebne skreślić***

Dnia ………………r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23,**  prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania , o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy, odnośnie do naruszenia obowiązków dotyczących płatności podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170)

**są nadal aktualne**

Dnia ………………r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum oraz Spółki Cywilne):**

…………………………………….

…………………………………….

*(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. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/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 8 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

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

**Prawo zamówień publicznych(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(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)

*Załącznik nr 9 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 **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/52/PN/23.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 10 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 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.  
   W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   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 przedsiębiorstwa: 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**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)