*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Pakiet nr 1**

**Sprzęt diagnostyczny - Aparaty EKG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt diagnostyczny - Aparaty EKG  – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu diagnostycznego - Aparaty EKG i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt diagnostyczny - Aparaty EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Aparat EKG | ASCARD B3 | 192/04 | ASPEL S.A. | 2004 | **2021-09-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 2. | Aparat EKG | ASCARD B-5 | 318/03/JR | ASPEL S.A. | 2003 | **2022-06-22** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 3. | Aparat EKG | AsCARD GREY | 5316 | ASPEL S.A. | 2016 | **2022-02-16** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 4. | Aparat EKG | AsCARD GREY | 5315 | ASPEL S.A. | 2016 | **2021-07-08** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 5. | Aparat EKG | ASCARD GREY V 07.305P | 10117 | MTC Medical Trading Company Sp. z o.o. | 2020 | **2021-11-15** | 12 miesięcy | Szpital Tymczasowy |
| 6. | Aparat EKG | AsCard Mr. Red | 451 | ASPEL S.A. | 2007 | **2022-06-22** | 12 miesięcy | Izba Przyjęć - C |
| 7. | Aparat EKG | AsCARD Mr.BLUE | 205/09 | ASPEL S.A. | 2009 | **2021-06-23** | 12 miesięcy | Poradnia Kardiologiczna |
| 8. | Aparat EKG | AsCARD Mr.BLUE | 323/09/AL. | ASPEL S.A. | 2009 | **2022-06-11** | 12 miesięcy | Oddział Dzienny Chemioterapii |
| 9. | Aparat EKG | AsCARD Mr.BLUE | 322/09/Al. | ASPEL S.A. | 2009 | **2022-06-16** | 12 miesięcy | Oddział Onkologiczny |
| 10. | Aparat EKG | AsCARD Mr.BLUE | 6/10 | ASPEL S.A. | 2010 | **2022-05-27** | 12 miesięcy | Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej |
| 11. | Aparat EKG | AsCARD Mr.BLUE | 20/10 | ASPEL S.A. | 2010 | **2022-01-21** | 12 miesięcy | Oddział Neurochirurgii |
| 12. | Aparat EKG | ASCARD Mr.Green | 153/06 | ASPEL S.A. | 2006 | **2022-06-30** | 12 miesięcy | Oddział Okulistyczny |
| 13. | Aparat EKG | AsCARD MrGrey | 2033/E | ASPEL S.A | 2013 | **2022-07-01** | 12 miesięcy | Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym |
| 14. | Aparat EKG | BTL - 08 MT Plus | 073P-B01945 | BTL Industries Ltd. | 2013 | **2021-09-10** | 12 miesięcy | Oddział Pulmonologiczny |
| 15. | Aparat EKG | BTL - 08 MT Plus | 073P-B-04467 | BTL Industries Ltd. | 2016 | **2022-01-21** | 12 miesięcy | Oddział Chirurgii Ogólnej |
| 16. | Aparat EKG | BTL - 08 MT Plus | 073P-B-04473 | BTL Industries Ltd. | 2016 | **2022-06-22** | 12 miesięcy | Oddział Rehabilitacji |
| 17. | Aparat EKG | Cardio 7 | T8S0300202 | BIONET | 2018 | **2022-01-14** |  | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej |
| 18. | Aparat EKG | Cardiovit FT-1 | 1060000730 | SCHILLER | 2017 | **2022-02-16** | 12 miesięcy | Oddział Pediatryczny |
| 19. | Aparat EKG | E600G | 2018-02038 | FARUM S.A | 2018 | **2021-07-10** | 12 miesięcy | Oddział Chirurgii Onkologicznej |
| 20. | Aparat EKG | ECG-1250 | 03586 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-02-22** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 21. | Aparat EKG | ECG-1250 | 06866 | NIHON KOHDEN Japonia | 2011 | **2022-05-27** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 22. | Aparat EKG | ECG-1250 | 11922 | NIHON KOHDEN Japonia | 2015 | **2021-09-30** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 23. | Aparat EKG | ECG-1250-Cardiofax S | 13557 | NIHON KOHDEN Japonia | 2016 | **2022-06-30** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 24. | Aparat EKG | ECG-1250-Cardiofax S | 13559 | NIHON KOHDEN Japonia | 2016 | **2022-06-30** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 25. | Aparat EKG | ECG-1250-Cardiofax S | 13561 | NIHON KOHDEN Japonia | 2016 | **2022-06-30** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 26. | Aparat EKG | ECG-2250 | 0152173 | NIHON KOHDEN Japonia | 2020 | **2021-07-22** | 12 miesięcy | Oddział Internistyczno - Infekcyjny |
| 27. | Aparat EKG | ECG-2250 | 0152170 | NIHON KOHDEN Japonia | 2020 | **2021-07-16** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 28. | Aparat EKG | Mr BLUE | 263/07/A |  | 2007 | **2021-09-30** | 12 miesięcy | Punkt Pobrań Krwi |
| 29. | Aparat EKG | M-TRACE | 2455 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2014 | **2021-08-11** | 12 miesięcy | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |
| 30. | Aparat EKG | M-TRACE | 4778 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2019 | **2021-02-28** | 12 miesięcy | Oddział Hematologiczny |
| 31. | Aparat EKG | M-TRACE | 1842 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2013 | **2022-05-20** | 12 miesięcy | Oddział I Wewnętrzny |
| 32. | Aparat EKG | M-TRACE | 1843 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2013 | **2022-05-20** | 12 miesięcy | Oddział I Wewnętrzny |
| 33. | Aparat EKG | M-TRACE | 0286 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2009 | **2022-06-22** | 12 miesięcy | Oddział Pediatryczny |
| 34. | Aparat EKG | M-TRACE | 0322 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2009 | **2021-09-10** | 12 miesięcy | Oddział Pulmonologiczny |
| 35. | Aparat EKG | M-TRACE | 1170 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2011 | **2022-01-21** | 12 miesięcy | Oddział Internistyczno - Infekcyjny |
| 36. | Aparat EKG | M-TRACE | 1169 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2011 | **2022-01-12** | 12 miesięcy | Poradnia Kardiologiczna Dziecięca |
| 37. | Aparat EKG | M-TRACE | 1083 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2011 | **2021-07-07** | 12 miesięcy | Izba Przyjęć - C |
| 38. | Aparat EKG | M-TRACE | 2862 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2015 | **2021-09-10** | 12 miesięcy | Oddział Psychiatryczny |
| 39. | Aparat EKG | M-TRACE | 4753 | M4 MEDICAL Sp. z o.o. | 2019 | **2022-01-27** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 40. | Aparat EKG | SE 1200 | SE12002B1208A0221F | WALMED Sp. zo.o. | 2008 | **2022-06-22** | 12 miesięcy | Oddział Internistyczno - Infekcyjny |
| 41. | Aparat EKG | SE 600 | 1208A0128F | WALMED Sp. zo.o. | 2008 | **2021-09-10** | 12 miesięcy | Oddział Nefrologii i Dializ |

**Pakiet nr 2**

**Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu ratującego życie - Defibrylatory i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Defibrylator | LIFEPACK 12 | 13008638 | PHYSIO-CONTROL-USA | **2000** | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Rehabilitacji |
| 2. | Defibrylator | LIFEPACK 12 | 13008650 | PHYSIO-CONTROL-USA | **2000** | **2021-10-05** | 12 miesięcy | Pracownia Hemodynamiki |
| 3. | Defibrylator | LIFEPACK 12 | 32660233 | PHYSIO-CONTROL-USA | **2004** | **2020-09-30** | 12 miesięcy | Izba Przyjęć - C |
| 4. | Defibrylator | LIFEPACK 20 | 33829404 | MEDTRONIC | **2005** | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 5. | Defibrylator | LIFEPACK 20 | 33826073 | MEDTRONIC | **2005** | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Kardiologiczny |
| 6. | Defibrylator | LIFEPACK CR Plus | 34096524 | MEDTRONIC | **2006** | **2023-07-30** | 24 miesiące | Oddział Dzienny Psychiatryczny |
| 7. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 45890874 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2017** | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 8. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 45890931 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2017** | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 9. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 45890962 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2017** | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 10. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 45902024 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2017** | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 11. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 45902255 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2017** | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Szpitalny Oddział Ratunkowy |
| 12. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 48720474 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2020** | **2022-06-01** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 13. | Defibrylator | LIFEPAK 15 | 48698496 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2020** | **2022-06-01** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 14. | Defibrylator | Lifepak 20e | 44759770 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2016** | **2021-11-04** | 12 miesięcy | Oddział Nefrologii i Dializ |
| 15. | Defibrylator | Lifepak 20e | 44669194 | PHISIO-CONTROL, Inc | **2016** | **2021-10-05** | 12 miesięcy | Pracownia Hemodynamiki |

**Pakiet nr 3**

**Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu ratującego życie - Defibrylatory i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt ratujący życie - Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126454 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2009 | **2022-02-17** | 12 miesięcy | Oddział Internistyczno - Infekcyjny |
| 2. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126494 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2022-02-17** | 12 miesięcy | Oddział Psychiatryczny |
| 3. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126474 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2009 | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Oddział Pulmonologiczny |
| 4. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126571 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2022-04-27** | 12 miesięcy | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |
| 5. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126581 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2021-11-04** | 12 miesięcy | Oddział Onkologiczny |
| 6. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126579 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2021-11-04** | 12 miesięcy | Pracownia Hemodynamiki |
| 7. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126588 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2022-06-02** | 12 miesięcy | Oddział Chirurgii Ogólnej |
| 8. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126572 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2021-11-04** | 12 miesięcy | Oddział Neurochirurgii |
| 9. | Defibrylator | CARDIO AID 200 | 08126530 | INNOMED MEDICAL Węgry | 2008 | **2021-07-31** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 10. | Defibrylator | Cardio-AID MC+ | 12001995 |  | 1995 | **2021-04-22** | 12 miesięcy | Pracownia Hemodynamiki |
| 11. | Defibrylator | Cardio-AID MC+ | 12061758 |  | 1998 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 12. | Defibrylator | CARDIO-AID100 | 12126930 | ARTEMA | 2001 | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej |

**Pakiet nr 4**

**Sprzęt metrologiczny - Wagi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych -  Sprzęt metrologiczny - Wagi – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu metrologicznego - Wagi i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt metrologiczny - Wagi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Waga | B30 | 7344 | AXIS | 2010 | **2022-03-02** | Zakład Patomorfologii |
| 2. | Waga | 0sobowa WPT 60/150 OW | fabryczny 482063 | RADWAG | 2015 | **2021-10-02** | Oddział Rehabilitacji |
| 3. | Waga | 0sobowa WPT 60/150 OW | 266815 | RADWAG | 2009 | **2022-03-02** | Oddział Pulmonologiczny |
| 4. | Waga | 60/150 O | 298265/10 | RADWAG | 2010 | **2021-12-04** | Oddział I Wewnętrzny |
| 5. | Waga | MC-250 | 0EC047132 | MADSEN | 2011 | **2021-12-04** | Oddział Chirurgii Ogólnej |
| 6. | Waga | SECA | 5799105150618 |  | 2013 | **2023-02-01** | Oddział Nefrologii i Dializ |
| 7. | Waga | SECA 799 | 7997021304 | SECA | 2020 | **2023-05-04** | Oddział Kardiologiczny |
| 8. | Waga | SECA 799 | 5799320166309 | SECA | 2017 | **2023-06-08** | Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży |
| 9. | Waga | SECA 799 | 10000000109518 | SECA | 2018 | **2022-05-06** | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej |
| 10. | Waga | SECA 799 |  | RADWAG | 2013 | **2022-03-02** | Oddział Pulmonologiczny |
| 11. | Waga | SECA 799 | 5799076157837 | RADWAG | 2015 | **2021-07-29** | Oddział Neurochirurgii |
| 12. | Waga | SECA 834/835 | 7017094 /1 |  | 2013 | **2021-12-04** | Oddział Pediatryczny |
| 13. | Waga | SECA 834/835 | 7017094/2 |  | 2013 | **2021-12-04** | Oddział Pediatryczny |
| 14. | Waga | SECA 834/835 | 7017094 /3 |  | 2013 | **2021-12-04** | Oddział Pediatryczny |
| 15. | Waga | SECA 875 |  | MEDEN INMED Sp. z o.o. | 2016 | **2022-07-20** | Zakład Rehabilitacji – A |
| 16. | Waga | SECA 875 |  | MEDEN INMED Sp. z o.o. | 2016 | **2022-07-20** | Zakład Rehabilitacji – A |
| 17. | Waga | SOEHNLE | 77260030158 | SOEHNLE | 2003 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 18. | Waga | SOEHNLE | 77260030132 | SOEHNLE | 2003 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 19. | Waga | TP15/1 Bobas | 4245 | ''FAWAG'' Sp. z o.o. Lubelska Fabryka Wag | 2008 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 20. | Waga | WP/F3C | 126471 | RADWAG | 2004 | **2022-03-02** | Zakład Patomorfologii |
| 21. | Waga | WPE-60 elektroniczna | 22241 | RADWAG | 1978 | **2021-10-02** | Apteka Szpitalna |
| 22. | Waga | WPT 10/20D | 266743/09 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 23. | Waga | WPT 10/20D | 271453/09 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 24. | Waga | WPT 10/20D | 274392/09 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 25. | Waga | WPT 10/20D | 271452/09 | RADWAG | 2009 | **2023-05-04** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 26. | Waga | WPT 10/20D | 271451/09 | RADWAG | 2009 | **2023-03-01** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 27. | Waga | WPT 10/20D | 271449/09 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 28. | Waga | WPT 10/20D | 301429 | RADWAG | 2010 | **2022-08-03** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 29. | Waga | WPT 10/20D | 271450/09 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 30. | Waga | WPT 10/20D | 188546 | RADWAG | 2007 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 31. | Waga | WPT 10/20D | 205799 | RADWAG | 2007 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 32. | Waga | WPT 10/20D | 185265 | RADWAG | 2007 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 33. | Waga | WPT 10/20D | 182644 | RADWAG | 2007 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 34. | Waga | WPT 10/20D | 264177 | RADWAG | 2009 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 35. | Waga | WPT 10/20D | 268702 | RADWAG | 2009 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 36. | Waga | WPT 10/20D | 266744 | RADWAG | 2009 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 37. | Waga | WPT 100/200 OW | 615175/19 | RADWAG | 2019 | **2023-01-22** | Oddział Hematologiczny |
| 38. | Waga | WPT 100/200 OW | 328290/11 | RADWAG | 2011 | **2021-12-04** | Oddział I Wewnętrzny |
| 39. | Waga | WPT 100/2000 | 321860/11 | RADWAG | 2011 | **2022-11-03** | Izba Przyjęć-B |
| 40. | Waga | WPT 15 D | 106919 | RADWAG | 2003 | **2021-07-29** | Izba Przyjęć - C |
| 41. | Waga | WPT 15 D | 106708 | RADWAG | 2003 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 42. | Waga | WPT 15 D | 123417 | RADWAG | 2004 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 43. | Waga | WPT 15 D | 105850 | RADWAG | 2003 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 44. | Waga | WPT 150 | 99937 | RADWAG | 2002 | **2021-07-29** | Izba Przyjęć - C |
| 45. | Waga | WPT 150 | 150578 | RADWAG | 2006 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 46. | Waga | WPT 150.0 | 152492/06 | RADWAG | 2006 | **2021-12-04** | Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej |
| 47. | Waga | WPT 20 D | 118992 | RADWAG | 2004 | **2023-05-04** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 48. | Waga | WPT 20 D | 106418 | RADWAG | 2003 | **2021-08-30** | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 49. | Waga | WPT 3/6 elektroniczna | 3631 | RADWAG | 1997 | **2021-10-02** | Apteka Szpitalna |
| 50. | Waga | WPT 5C elektroniczna | 61472 | RADWAG | 2000 | **2021-10-02** | Apteka Szpitalna |
| 51. | Waga | WPT 6/15 D | 423507/14 | RADWAG | 2014 | **2022-05-06** | Oddział Pediatryczny |
| 52. | Waga | WPT 6/15 D | 423508/14 | RADWAG | 2014 | **2022-05-06** | Oddział Pediatryczny |
| 53. | Waga | WPT 6/15 D | 324528/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 54. | Waga | WPT 6/15 D | 324087/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci |
| 55. | Waga | WPT 6/15 D | 327884/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-02** | Poradnia Kardiologiczna Dziecięca |
| 56. | Waga | WPT 6/15 D | 323534/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Neurologiczna dla Dzieci |
| 57. | Waga | WPT 6/15D elektroniczna | 323698/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 58. | Waga | WPT 60/150 ON | 216999 | RADWAG | 2009 | **2021-07-29** | Izba Przyjęć - C |
| 59. | Waga | WPT 60/150 ON | 26713 | RADWAG | 2009 | **2021-07-29** | Izba Przyjęć - C |
| 60. | Waga | WPT 60/150 ON | 382747 | RADWAG |  | **2023-05-04** | Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym |
| 61. | Waga | WPT 60/150 OW | 170808 | RADWAG | 2006 | **2021-08-30** | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |
| 62. | Waga | WPT 60/150 OW | 280297/10 | RADWAG | 2010 | **2021-12-04** | Oddział Dzienny Chemioterapii |
| 63. | Waga | WPT 60/150 OW | 266984 | RADWAG | 2009 | **2022-05-06** | Oddział Dzienny Psychiatryczny |
| 64. | Waga | WPT 60/150 OW | 268562 | RADWAG | 2009 | **2022-11-03** | Oddział Pediatryczny |
| 65. | Waga | WPT 60/150 OW | 266985 | RADWAG | 2009 | **2022-03-02** | Oddział Psychiatryczny |
| 66. | Waga | WPT 60/150 OW | 266717 | RADWAG | 2009 | **2022-03-02** | Oddział Psychiatryczny |
| 67. | Waga | WPT 60/150 OW | 264160/09 | RADWAG | 2009 | **2021-10-02** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 68. | Waga | WPT 60/150 OW | 274066/09 | RADWAG | 2009 | **2021-10-02** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 69. | Waga | WPT 60/150 OW | 276415/09 | RADWAG | 2009 | **2021-10-02** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 70. | Waga | WPT 60/150 OW | 337644/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Alergologiczna dla Dzieci |
| 71. | Waga | WPT 60/150 OW | 345581/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-02** | Poradnia Kardiologiczna Dziecięca |
| 72. | Waga | WPT 60/150 OW | 337837/11 | RADWAG | 2011 | **2021-10-31** | Poradnia Neurologiczna dla Dzieci |
| 73. | Waga | WPT 60/150 OW | 265589 | RADWAG | 2009 | **2023-03-01** | Oddział Onkologiczny |
| 74. | Waga | WPT 60/150 OW | 268987 | RADWAG | 2009 | **2021-08-30** | Zakład Rehabilitacji |
| 75. | Waga | WPT 60/150.0 | 108159 | WAMAG | 2003 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 76. | Waga | WPT 60/150.0 | 158080 | WAMAG | 2006 | **2021-07-29** | Oddział Pediatryczny |
| 77. | Waga | WPT 60/50 | 274067/09 | RADWAG | 2009 | **2021-10-02** | Poradnia Neonatologiczna |
| 78. | Waga | WPT 8B/300C - najazdowa | 179414 | RADWAG | 2007 | **2023-01-05** | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 79. | Waga | WPT/4K | 139969/0516496 | RADWAG | 2007 | **2023-03-01** | Oddział Nefrologii i Dializ |
| 80. | Waga | WTL 150 | 11788 | ''FAWAG'' | 2005 | **2021-07-29** | Izba Przyjęć - C |

**Pakiet nr 5**

**Sprzęt ratujący życie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych -  Sprzęt ratujący życie – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu ratującego życie i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt ratujący życie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Inkubator | Atom 100 Dual Incu i | 2470518 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2015 | **2021-12-21** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 2. | Inkubator | Atom 100 Dual Incu i | 2460249 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2015 | **2021-12-21** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 3. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0009 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 4. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 2510290 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2015 | **2022-07-02** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 5. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 2560898 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2015 | **2022-07-02** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 6. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 2560905 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2015 | **2022-07-02** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 7. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0529 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 8. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0019 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 9. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0015 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 10. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0131 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 11. | Inkubator | Atom 101 - Incu i | 26X0128 | DUTCHMED PL Sp. z o.o. | 2017 | **2021-11-10** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 12. | Inkubator | ATOM -808 - karetka | 2210592 | ATOM Medical Corporation - Japonia | 2012 | **2022-07-02** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |

**Pakiet nr 6**

**Aparatura nadzorująco - monitorująca - Kardiomonitory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych -  Aparatura nadzorująco - monitorująca - Kardiomonitory – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Aparatury nadzorująco - monitorującej - Kardiomonitory i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Aparatura nadzorująco - monitorująca - Kardiomonitory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Kardiomonitor | COMPACT 7 | D8N0900182 | ECONET | 2014 | **2022-07-05** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 2. | Kardiomonitor | COMPACT 7 | D8N0700030 | ECONET | 2014 | **2022-07-05** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 3. | Kardiomonitor | COMPACT 7 | D8N1100192 | ECONET | 2014 | **2022-07-05** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 4. | Kardiomonitor | COMPACT 9 | DEQ0400078 | Medical Econet | 2016 | **2022-07-05** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 5. | Kardiomonitor | COMPACT 9 | DEQ0400087 | Medical Econet | 2016 | **2022-07-05** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |

**Pakiet nr 7**

**Sprzęt myjąco - dezynfekujący - myjnie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych -  Sprzęt myjąco - dezynfekujący - myjnie – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu myjąco - dezynfekującego - myjnie i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt myjąco - dezynfekujący - myjnie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa urządzenia | Typ | Nr Seryjny | Producent | Rok Produkcji | Data nastepnego przeglądu | Częst. przeglądu | Jednostka Organizacyjna |
| 1. | Myjnia-dezynfektor | 46-5 | W50012352 | GETINGE Szwecja | 2009 | 2021-06-17 | 6 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 2. | Myjnia-dezynfektor | 46-5 przelotowa z suszeniem | SEVO 74959 | GETINGE Szwecja | 2007 | 2021-06-17 | 6 miesięcy | Blok Operacyjny -A |
| 3. | Myjnia-dezynfektor | 46-5-203 | W50012353 | GETINGE Szwecja | 2009 | 2021-06-17 | 6 miesięcy | Blok Operacyjny -A |
| 4. | Myjnia-dezynfektor | FD1610 | W50041992 | GETINGE Szwecja | 2013 | 2021-11-12 | 12 miesięcy | Oddział Hematologiczny |
| 5. | Myjnia-dezynfektor | FD1610 | W50041995 | GETINGE Szwecja | 2013 | 2022-01-12 | 12 miesięcy | Oddział Nefrologii i Dializ |
| 6. | Myjnia-dezynfektor | FD1610 | W50041998 | GETINGE Szwecja | 2013 |  |  | Oddział Pulmonologiczny |
| 7. | Myjnia-dezynfektor | FD1610 | W50042004 | GETINGE Szwecja | 2013 | 2021-12-17 | 12 miesięcy | Oddział Pulmonologiczny |
| 8. | Myjnia-dezynfektor | FD1610 | W50041788 | GETINGE Szwecja | 2013 | 2022-01-12 | 12 miesięcy | Stacja Dializ |

**Pakiet nr 8**

**Sprzęt ratujący życie - Inkubatory oraz Aparatura pomocnicza**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt ratujący życie - Inkubatory oraz Aparatura pomocnicza – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu ratującego życie - Inkubatory oraz Aparatura pomocnicza i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt ratujący życie - Inkubatory oraz Aparatura pomocnicza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Inkubator | GIRAFFE - inkubator otwarty | HDJPN51602 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2009 | 2021-08-31 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 2. | Inkubator | GIRAFFE - inkubator otwarty | HDJP511098 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2010 | 2021-08-31 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 3. | Inkubator | GIRAFFE - inkubator otwarty | HDHV60515 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2016 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 4. | Lampa do fototerapii | LULLABY LED | SGT16221311PA | GE Medical Systems/GE Healthare | 2016 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 5. | Lampa do fototerapii | LULLABY PT | SDW09360944PA | GE Medical Systems/GE Healthare | 2009 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 6. | Lampa do fototerapii | LULLABY PT | SDW0 9390974PA | GE Medical Systems/GE Healthare | 2010 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 7. | Lampa do fototerapii | LULLABY PT | SDW 09390973PA | GE Medical Systems/GE Healthare | 2010 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 8. | Lampa do fototerapii | LULLABY PT | SDW 09390972PA | GE Medical Systems/GE Healthare | 2010 | 2022-05-07 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 9. | Materacyk do fototerapii | BILIBLANKET | HDKN50494 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2009 | 2021-09-18 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 10. | Materacyk do fototerapii | BILIBLANKET | HDKN50493 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2009 | 2021-09-18 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 11. | Stanowisko do resuscytacji noworodka | Giraffe Warmer | GBWW60873 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2017 | 2022-01-26 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 12. | Stanowisko do resuscytacji noworodka | Giraffe Warmer | GBWW60874 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2017 | 2022-01-26 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 13. | Stanowisko do resuscytacji noworodka | Panda Warmer | PBWY70911 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2019 | 2021-07-15 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 14. | Stanowisko do resuscytacji noworodka | Panda Warmer | PBWY70947 | GE Medical Systems/GE Healthare | 2019 | 2021-07-15 | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |

**Pakiet nr 9**

**Sprzęt pomocniczy - Pompy infuzyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt pomocniczy - Pompy infuzyjne – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu pomocniczego - Pompy infuzyjne i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt pomocniczy - Pompy infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data następnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Pompa infuzyjna | PLUM A+ objętościowa | 16702429 | Hospira Inc | 2009 | **2021-12-07** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 2. | Pompa infuzyjna | PLUM A+ objętościowa | 16702430 | Hospira Inc | 2009 | **2021-12-07** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 3. | Pompa infuzyjna | PLUM A+ objętościowa | 16702362 | Hospira Inc | 2009 | **2021-12-07** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 4. | Pompa infuzyjna | PLUM A+ objętościowa | 16722684 | Hospira Inc | 2010 | **2022-05-07** | 12 miesięcy | Oddział Neonatologii-Patologii Noworodka i Niemowlęcia |
| 5. | Pompa infuzyjna | SP-12-SPRO-N (1strzykawkowa) | 12R091994 | Viltechmeda Litwa | 2009 | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 6. | Pompa infuzyjna | SP-12-SPRO-N (1strzykawkowa) | 12R091995 | Viltechmeda Litwa | 2009 | **2020-11-15** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 7. | Pompa infuzyjna | SP-12-SPRO-N (1strzykawkowa) | 12R091992 | Viltechmeda Litwa | 2009 | **2020-08-30** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 8. | Pompa infuzyjna | SP-12-SPRO-N (1strzykawkowa) | 12R091993 | Viltechmeda Litwa | 2009 | **2021-09-01** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |

**Pakiet nr 10**

**Sprzęt nadzorująco-monitorujący - Monitory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Świadczenie usług serwisowych - Sprzęt nadzorująco-monitorujący - Monitory – stawka za 1 r/h |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej Sprzętu nadzorującego-monitorującego - Monitory i obejmują:

* okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;
* diagnozy i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;
* urządzenia zastępcze na czas napraw;
* sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;
* regulacje, kalibrację i wzorcowanie.

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta.

2**.**Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

3**.**Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186 z późn.zm.).

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 36 miesięcy.**

**Sprzęt nadzorująco-monitorujący – Monitory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Producent** | **Rok Produkcji** | **Data nastepnego przeglądu** | **Częst. przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Moduł kapnografii | AG-400 RK | 00093 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 2. | Moduł kapnografii | AG-400 RK | 00237 | NIHON KOHDEN Japonia | 2010 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 3. | Monitor | CAM F-CM1-05 | 6520553 | GE Datex-Ohmeda | 2009 | **2021-11-30** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 4. | Monitor | CAM F-CM1-05 | 6520550 | GE Datex-Ohmeda | 2009 | **2021-07-31** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 5. | Monitor | CAM F-CM1-05 | 6520549 | GE Datex-Ohmeda | 2009 | **2022-06-25** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 6. | Monitor funkcji życiowych | BSM-650 1 K | 00805 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 7. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01119 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2021-02-19** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 8. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01120 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2021-02-19** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 9. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01121 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-04-22** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 10. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01123 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 11. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01125 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 12. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01126 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 13. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01127 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 14. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01129 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2021-02-19** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 15. | Monitor funkcji życiowych | BSM-670 1 K | 01130 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 16. | Monitor funkcji życiowych | CNS-970 1 K - Stacja centralnego monitorowania | 01622 | NIHON KOHDEN Japonia | 2009 | **2022-01-28** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 17. | Monitor parametrów rzutu serca | PICCO 2 | F098500214 | PULSION | 2009 | **2021-09-04** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 18. | Monitor parametrów rzutu serca | PICCO 2 | F098500222 | PULSION | 2009 | **2021-09-04** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 19. | Monitor pomiaru ciśnienia wewnątrzczaszkowego | Camino | MSE 0901001 | GE Datex-Ohmeda | 2009 | **2021-08-13** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| 20. | Monitor pomiaru ciśnienia wewnątrzczaszkowego | Camino | MSE 0900501 | GE Datex-Ohmeda | 2009 | **2021-08-13** | 12 miesięcy | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego **„Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy” - Zp/35/PN-35/21**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

WOJEWÓDZTWO ………………………………………………………………..

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

Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

T / N

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 nr 3, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

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

6.Oferujemy świadczenie usługi serwisowej w okresie 36 miesięcy, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, za **1 r/h** w kwocie:

pakiet nr .....................:(należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę

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

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

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

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

**Udzielamy gwarancji** na wymienione części na okres  ............. miesięcy \*\*

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.***

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

*\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*\* \* minimalny termin gwarancji – 6 miesięcy*

*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: [ ][][][]/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): | **„Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy”** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | **Zp/35/PN-35/21** |

**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: | [] Tak [] Nie   [……] |
| **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: | [] Tak [] Nie   […] |
| **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: | [] Tak [] Nie      […] |
| **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? | [] Tak [] Nie |

**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 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 pn. **„Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy”- Zp/35/PN-35/21,** 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***

…………….……. *(miejscowość),*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. **„Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy” - Zp/35/PN-35/21,** 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**

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy - Zp/35/PN-35/21**, 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 **Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy - Zp/35/PN-35/21, w zakresie**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

*Załącznik nr 9 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia: Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy - Zp/35/PN-35/21

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** | |
|  |  |  | |  |

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

(Podpis)

*Załącznik nr 10 do SWZ*

**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:Świadczenie usług serwisowych aparatury i sprzętu medycznego, będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 36 miesięcy - Zp/35/PN-35/21

**Uwagi:**

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać „wszystko siłami własnymi”

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

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)