*Załącznik nr 1 do SWZ*

 **Pakiet nr 1**

 **Cieplarka do płynów infuzyjnych, płynów do płukania i tkanin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Cieplarka do płynów infuzyjnych, płynów do płukania i tkanin | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

 **Cieplarka do płynów infuzyjnych, płynów do płukania i tkanin**

Cieplarka o pojemności 300L z dwoma oddzielnymi komorami, dolna komora dla płynów infuzyjnych z ustawialną temperaturą od 25°C do 70°C, górna komora dla tkanin z temperaturą od 25°C do 70°C

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1. | Urządzenie mobilne wyposażone w 4 kółka (2 z opcją blokady). | TAK |  |
| 2. | Dwuwarstwowa obudowa z łatwej do mycia stali nierdzewnej (wnętrze kwasoodporne). | TAK |  |
| 3. | Przeszklone drzwi górnej komory i szuflady dolnej komory - szkło hartowane. Drzwi i szuflady z systemem automatycznego domykania się. | TAK |  |
| 4. | Górna komora specjalnie przystosowana do ogrzewania pościeli, koców, ręczników, obłożeń. | TAK |  |
| 5. | Energooszczędne oświetlenie górnej komory - LED. | TAK |  |
| 6. | Trzy półki o regulowanej wysokości, wysuwane na prowadnicach. Dwie zamykane szuflady. | TAK |  |
| 7. | Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem 3.2'' oraz wskaźnikiem stand-by. | TAK |  |
| 8. | Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną. | TAK |  |
| 9. | Ogrzewacz z dwoma komorami (osobne strefy grzewcze). | TAK |  |
| 10. | Kurtyna powietrzna w górnej komorze. | TAK |  |
| 11. | Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej. | TAK |  |
| 12. | Elektroniczne i mechaniczne (termostat bimetaliczny) zabezpieczenie przed przegrzaniem dla każdej komory. | TAK |  |
| 13. | Sygnał optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej szufladzie lub drzwiach. | TAK |  |
| 14. | Alarm optyczny i akustyczny włączający się po 60 sekundach przy niedomkniętej szufladzie lub drzwiach. | TAK |  |
| 15. | Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze (dla każdej komory osobno). | TAK |  |
| 16. | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania dla każdej komory. | TAK |  |
| 17. | Tryb czuwania (stand by).  | TAK |  |
| 18. | Pojemność komory: 300l netto (364l brutto). | TAK |  |
| 19. | Maksymalne obciążenie półek: 20 kg. | TAK |  |
| 20. | Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C ±2°C (zmiana o 1°C) (obie komory). | TAK |  |
| 21. | Zewnętrzne wymiary urządzenia: 740 x 1770 x 790 mm (Szerokość x Wysokość x Głębokość). | TAK |  |
| 22. | Zewnętrzne wymiary urządzenia bez odbojników i kółek: 690 x 1770 x 740 mm (S x W x G). | TAK |  |
| 23. | Wewnętrzny wymiar komory górnej: 535 x 620 x 500 mm (S x W x G). | TAK |  |
| 24. | Wymiary półek: 510 x 18 x 455 mm (S x W x G). | TAK |  |
| 25. | Wewnętrzny wymiar szuflad: 496 x 187 x 512 mm - górna szuflada, 496 x 242 x 512 mm - dolna szuflada (S x W x G). | TAK |  |
| 26. | Wewnętrzny wymiar komory dolnej: 590 x 610 x 550 mm (S x W x G). | TAK |  |
| 27. | Waga: 206 kg. | TAK |  |
| 28. | Napięcie zasilania: 220-240 VAC, 50-60 Hz, prąd znamionowy 5.7 A. | TAK |  |
| 29. | Moc grzałki (górna komora): 1000 Wat. | TAK |  |
| 30. | Moc grzałki (dolna komora): 400 Wat. | TAK |  |
| 31. | Temperatura otoczenia (w trakcie działania): 15 - 25 °C. | TAK |  |
| 32. | Temperatura otoczenia (magazynowanie): 10 - 55 °C. | TAK |  |
| 33. | Wilgotność względna (działanie i magazynowanie): 30 - 70 %. | TAK |  |
| 34. | Wyrób medyczny potwierdzony certyfikatem lub deklaracją. | TAK |  |
| 35. | Opcja "BOOST" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania. | TAK |  |
| 36. | Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia. | TAK |  |
| 37. | Opcjonalnie dostępny system dezynfekcji UV-C. | TAK |  |
| 38. | Zgodność:EN 13485:2016Rozporządzenie (UE) 2017/745 (dotyczące wyrobów medycznych)Dyrektywa 2011/65/EU z późniejszymi zmianami 2015/863 | TAK |  |

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

**Pakiet nr 2**

**Mono i bipolarna diatermia z argonem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Mono i bipolarna diatermia z argonem | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne**  | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1 | Aparat mono i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 mm włącznie z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek z funkcją automatycznego zakończenia aktywacji z sygnalizacją uszczelnienia naczyń (praca z funkcją auto-stop oraz sygnalizacją dźwiękową).  | TAK,podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
| 2 | Rozpoznawanie podłączonych instrumentów do zamykania naczyń do 7 mm i automatyczne dobieranie optymalnych parametrów pracy | TAK |  |
| 3 | Możliwość integracji urządzeń chirurgicznych: diatermia, przystawka do koagulacji argonowej, odsysacz dymu z pola operacyjnego, preparator tkanek miękkich w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej umieszczony na jednej platformie jezdnej | TAK |  |
| 4 | Wielokolorowy wyświetlacz TFT do komunikacji aparat-użytkownik | TAK |  |
| 5 | Monitor mocy szczytowej i średniej z możliwością wizualizacji na ekranie | TAK |  |
| 6 | Możliwość utworzenia i zapamiętania min. 40 programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem operatora | TAK |  |
| 7 | Zmiana programu przy pomocy uchwytu monopolarnego i włącznika nożnego | TAK |  |
| 8 | Oprogramowanie do obsługi systemu w języku polskim, wyświetlanie komunikatów, kodów błędu z opisem tekstowym w języku polskim | TAK |  |
| 9 | Uruchamianie funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego | TAK |  |
| 10 | Ilość gniazd przyłączeniowych wymiennych:monopolarne/uniwersalne – min. 1bipolarne – min. 2bierne – 1argonowe – min. 1Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym o śr. 5mm i 4mm oraz trzypinowym (bez dodatkowych adapterów)Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi bipolarnych w systemie wtyczek jedno i dwupinowych o rozstawie 22 [mm] i 28 [mm] (bez dodatkowych adapterów) | TAK |  |
| 11 | Moc cięcia monopolarnego max. 300W | TAK |  |
| 12 | Możliwość regulacji mocy maksymalnej z krokiem +/ - 1W w całym dostępnym zakresie | TAK |  |
| 13 | Minimum 3 rodzaje, tryby cięcia monopolarnego w tym jedno do pracy w środowisku wodnym | TAK |  |
| 14 | Ilość efektów (głębokości) koagulacji możliwych do uzyskania podczas ciecia dla każdego z trybów min. 4 | TAK |  |
| 15 | Minimum cztery rodzaje, tryby koagulacji monopolarnej: łagodna, forsowna, natryskowa, preparująca o min. mocy 100W | TAK |  |
| 16 | Dodatkowy rodzaj, tryb koagulacji monopolarnej przeznaczony do rozcinania warstw tkanek z hemostazą porównywalną do osiąganej przy użyciu noża harmonicznego o mocy max. 60 W | TAK |  |
| 17 | Możliwość min. 2-stopniowej regulacji intensywności działania koagulacji dla każdego rodzaju koagulacji – nie dotyczy regulacji mocy | TAK |  |
| 18 | Przystawka do koagulacji i cięcia w plaźmie argonowej | TAK |  |
| 19 | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych i automatyczne dobieranie parametrów pracy i przepływu argonu. | TAK |  |
| 20 | Regulacja przepływu argonu w zakresie min. 0,1 – 8,0 l / min. | TAK |  |
| 21 | Minimum 3 różne rodzaje / tryby cięcia w osłonie argonu | TAK |  |
| 22 | Minimum 3 różne rodzaje / tryby koagulacji argonowej | TAK |  |
| 23 | WYPOSAŻENIE | TAK |  |
| 24 | Elektroda neutralna jednorazowa owalna o symetrycznych równych powierzchniach dzielonych, powierzchnia części aktywnej 85cm² z odseparowanym elektrycznie i mechanicznie pierścieniem ekwipotencjalnym o powierzchni 23 cm² pozwalającym na równe rozproszenie prądu upływu na całej powierzchni elektrody. Elektroda wykonana z przepuszczalnej dla powietrza włókniny zapobiegającej powstawaniu odparzeń. – 50 szt. | TAK |  |
| 25 | Kabel elektrody neutralnej, jednorazowej | TAK |  |
| 26 | Aplikator jednorazowy z wysuwana elektrodą szpatułkową dł. 35 mm, śr. 5mm – 5 szt. | TAK |  |
| 27 | Aplikator jednorazowy z wysuwana elektrodą szpatułkową dł. 100 mm, śr. 5mm – 5 szt. | TAK |  |
| 28 | Podwójny włącznik nożny wodoodporny z możliwością przełączania programu (do dezynfekcji) – 1 szt. | TAK |  |
| 29 | Włącznik nożny pojedynczy, wodoodporny (do dezynfekcji) – 1 szt. | TAK |  |
| 30 | Reduktor ciśnienia do argonu – 1 szt | TAK |  |
| 31 | Butla z argonem o poj. 5l – 1 szt., | TAK |  |
| 32 | Wózek pod aparaturę – 1 szt. | TAK |  |

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

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na: **„Dostawa cieplarki, mono i bipolarnej diatermii dla Bloku Operacyjnego”- Zp/41/TP/22.**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

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

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

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

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

dla pakietu nr …….. *(należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

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

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

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

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

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

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

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 (rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

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

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

**Załącznik nr 2 do Umowy nr ...........................**

**INFORMACJA ADMINISTRATORA**

**Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r., dalej jako „RODO” informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją **umowy nr ................................** jest Specjalistyczny Szpital im dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych, telefon 74/6489600, e-mail: sekretariat@zdrowie.walbrzych.pl
2. Informujemy, że Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO), kontakt możliwy jest za pośrednictwem e-mail: iodo@zdrowie.walbrzych.pl, numer (74) 6489600 oraz osobę zastępującą IODO, kontakt za pośrednictwem e-mail: iod@zdrowie.walbrzych.pl, numer (74) 6489696 lub korespondencyjnie na adres Administratora.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja czynności poprzedzających zawarcie umowy, realizacja warunków i zobowiązań określonych w zawartej umowie, w tym obowiązków prawnych (m. in. odprowadzania składek ubezpieczeniowych, podatków). Podstawą prawną ich przetwarzania będą art. 734-751 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (umowa zlecenie, umowa o współpracy, umowa o świadczenie usług)), czy też art. 42 - 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Przesłanką legalizującą przetwarzanie tych danych osobowych na gruncie „RODO” jest art. 6 ust. 1 lit. b i c;
4. Dane przekazane przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu następującym kategoriom odbiorców: organy władzy publicznej, organy ścigania, inne uprawnione podmioty, w zakresie i celach, gdy występują z żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną w tym np. NFZ, inne podmioty, które świadczą usługi na rzecz administratora np. podmiotom świadczącym obsługę prawną, podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę przetwarzania danych w imieniu administratora, (np. usługi IT), serwisanci lub Poczta Polska.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania i realizacji umowy. Po jej wygaśnięciu przez okres 5 lat. W zakresie wymaganym przepisami prawa o systemie ubezpieczeń społecznych, okres ten liczy się od wypłaty wynagrodzenia z tytułu umowy, która podlegała oskładkowaniu. Okres ten dotyczy również celów podatkowych i liczy się go od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku, chyba że odrębne przepisy przewidują dłuższy okres ich przechowywania. Po tych terminach dane będą protokolarnie niszczone.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymywania ich kopii, sprostowania ( poprawiania ) swoich danych osobowych, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym, a także prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Można również skorzystać z prawa do przenoszenia danych w przypadku spełnienia określonych wymogów i możliwości technicznych w odniesieniu do tych zebranych na podstawie przesłanki określonej w art. 6 ust. 1 lit. b „RODO”.
8. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepis „RODO” przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ( adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych , ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa ).
9. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do zawarcia umowy, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa i niezbędne do realizacji zawartej umowy. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwości jej zawarcia.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w rozumieniu podejmowania decyzji w indywidualnych przypadkach, które mogą wywołać określony skutek prawny, w tym w formie profilowania.

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa cieplarki, mono i bipolarnej diatermii dla Bloku Operacyjnego”- Zp/41/TP/22**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa cieplarki, mono i bipolarnej diatermii dla Bloku Operacyjnego”- Zp/41/TP/22**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

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

…………………………………….

…………………………………….

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

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

**składane na podstawie**

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

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

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

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na „Dostawa cieplarki, mono i bipolarnej diatermii dla Bloku Operacyjnego”- Zp/41/TP/22**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

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

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

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Dostawa cieplarki, mono i bipolarnej diatermii dla Bloku Operacyjnego”- Zp/41/TP/22** w zakresie

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

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

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

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

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 ). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)