*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **WARTOŚĆ**  **NETTO** | **STAWKA**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem za okres 12 miesięcy |  |  |  |
| **RAZEM :** | |  |  |  |

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z następującym wyposażeniem:

* **Generator**
* **Lampa rtg GE MX240 VCT (Hercules), model 2291563-3, sn 224516GI5**
* **Stół z blatem z włókna węglowego iBEAMevo CT Overlay, model P10105-137, sn.066606**
* **Gantry Revolutions: model 2374681-14, sn.372122HM2**
* **Komputer obrazowania, akwizycyjny, systemowy nr 5413267 14May14 B32894 China Rev 2**
* **Detektor**
* **Stacja wirtualnej symulacji, Stacja akwizycyjna dwumonitorowa HP Z800 – komputer; Advantage Workstation AW (Volume Share 5) model #5394794-52; sn CZC4221G9J; License ID nr a72567b9; System ID: PL1505AW02**
* **Stacje lekarskie w ilości 1 szt. HP Z420 z monitorami NEC**
* **Oprogramowanie**

Serwis pogwarancyjny obejmuje:

* 1. przeglądy serwisowe zgodnie z wymaganiami producenta, przez okres 12 m-cy od daty podpisania umowy ;
  2. wszystkie naprawy, przeglądy, konserwacje wraz z częściami zamiennymi i materiałami potrzebnymi do ich wykonania ;
  3. naprawę i wymianę części na fabrycznie nowe, z wyjątkiem sytuacji, kiedy uszkodzenie spowodowane jest nieprawidłową eksploatacją urządzenia, oprogramowania ;
  4. przystąpienie do działań naprawczych poprzez przyjazd serwisu maksymlanie do ... godzin od zgłoszenia awarii (dotyczy: dni roboczych), dopuszcza się naprawę wykonaną zdalnie o ile nastąpi w terminie 12 godzin od zgłoszenia. W przypadku naprawy zdalnej wymagane jest, aby system zdalnej diagnostyki spełniał normę standaryzującą system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO/IEC 27001: 2013 lub równoważne
  5. zapewnienie dostępności adresu poczty elektronicznej 24 godziny/ dobę przez cały okres obowiązywania umowy do przyjmowania zgłoszeń awarii
  6. czas napraw elementów objętych przedmiotem zamówienia powinien zachowywać minimalny czas użytkowania sprzętu w wymiarze 95%/rok (dopuszczalnych jest 18 dni awaryjnych wyłączając dni przeglądu), z zastrzeżeniem, że liczba dni awaryjnych na kwartał nie może przekroczyć 7 dni.

*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: **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/TP/22.**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

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 ;

- Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, stanowiący Załącznik nr 3a do Specyfikacji Warunków Zamówienia

- Ankietę, stanowiącą Załącznik nr 3b do Specyfikacji Warunków Zamówienia ;

5. **OŚWIADCZAMY,** że przedstawimy Zamawiającemu do akceptacji harmonogram przeglądów serwisowych w terminie 5 dni od daty zawarcia umowy.

6. Oferujemy świadczenie usługi na :

**Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem,** określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie (**za cały okres trwania umowy - 12 miesięcy**):

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

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

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

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

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

**w tym miesięczna rata w kwocie:**

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

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

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

Cena obejmuje:

1. przeglądy serwisowe zgodnie z wymaganiami producenta,
2. wszystkie naprawy, przeglądy, konserwacje wraz z częściami zamiennymi i materiałami potrzebnymi do ich wykonania,
3. naprawę i wymianę części na fabrycznie nowe, za wyjątkiem sytuacji, kiedy uszkodzenie spowodowane jest nieprawidłową eksploatacją urządzenia, oprogramowania,
4. współpracę w zintegrowaniu przedmiotu zamówienia z systemami, które będą zakupione w ramach doposażenia i rozwoju Szpitala,

7. Czas przystąpienia do naprawy .....**godzin**\*

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.***

*\* Maksymalny czas przystąpienia do naprawy – 10 godzin*

*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. **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/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. **- Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/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. **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/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: **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/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)

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

Przedmiot Zamówienia**:** **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/TP/22.**

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

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

(Podpis)

*Załącznik nr 8 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: **Serwis pogwarancyjny tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE Optima CT580 o numerze seryjnym 372122HM2 (nr systemu PL1505CT02) z wyposażeniem - Zp/50/TP/22.**

**Uwagi:**

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

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

# Załącznik nr 9 do SWZ

**…….……………………..**

Wykonawca

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dot. wykonywania obsługi serwisowej tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji   
GE OPTIMA CT 580**

**Oświadczam, że;**

* spełniam wymogi ustawy z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974).
* jestem podmiotem uprawnionym do wykonywania obsługi serwisowej tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE OPTIMA CT 580 w pełnym zakresie,
* ponoszę odpowiedzialność za prawidłową pracę tomografu komputerowego do wirtualnej symulacji GE OPTIMA CT 580 w związku z wykonywaniem serwisu.

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

*(data i podpis Wykonawcy)*