*Załącznik nr 1 do SWZ*

**System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN.MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT i****NR KATALOGOWY** |
| **1.** | System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **PARAMETR**  | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1 | Liczba procesowych cyfrowych kanałów przetwarzania min. 4 700 000 | TAK |  |
| 2 | Monitor kolorowy LCD, przekątna min. 21” o rozdzielczości min. 1920x1080 px | TAK |  |
| 3 | Monitor umieszczony na ruchomym wysięgniku, regulacja lewo-prawo (+/- 90° z pozycji środkowej),pochył przód(+/-90°), tył (+/-45°) | TAK |  |
| 4 | Min. 4 równoważne aktywne gniazda do przyłączenia głowic obrazowych | TAK |  |
| 5 | Panel dotykowy, przekątna min. 12” wspomagający obsługę aparatu pozwalający na zmianę parametrów i stron za pomocą dotyku (jak w tablecie) | TAK |  |
| 6 | Panel sterowania umieszczony na ruchomym wysięgniku zapewniającym regulację położenia góra/dół i obrót min. +/- 150° | TAK |  |
| 7 | Waga aparatu <90 kg | TAK |  |
| 8 | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 2000 klatek oraz zapis Dopplera min. 45 sekund | TAK |  |
| 9 | Dynamika aparatu min.320 dB | TAK |  |
| 10 | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu min. 512 GB | TAK |  |
| 11 | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. 1.0 MHz do 20.0 MHz (podać całkowity zakres częstotliwości fundamentalnych | TAK |  |
| 12 | Możliwość zmiany wysokości konsoli min. 20 cm | TAK |  |
| 13 | Możliwość zduplikowania obrazu diagnostycznego z monitora na panelu dotykowym celem ułatwienia wykonywania procedur interwencyjnych | TAK |  |
| 14 | Fabrycznie zainstalowane zasilanie bateryjne pozwalające na wprowadzenie systemu w stan uśpienia, a następnie wybudzenie go w czasie do 30 sek. | TAK |  |
| 15 | Zakres głębokości penetracji do min. 35 cm | TAK |  |
| 16 | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 17 | Obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (tzw. inwersja fazy) | TAK |  |
| 18 | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 1900 Hz | TAK |  |
| 19 | Obrazowanie trapezoidalne na głowicach liniowych | TAK |  |
| 20 | Doppler pulsacyjny (PWD) rejestrowane prędkości maksymalne (przy zerowym kącie bramki) min. od -9,9 m/s do 0 oraz od 0 do +9,9 m/s | TAK |  |
| 21 | Color Doppler (CD) rejestrowane prędkości maksymalne min. -300 cm/s do 0 oraz 0 do +300 cm/s | TAK |  |
| 22 | Power Doppler (PD); Power Doppler z oznaczeniem kierunku przepływu | TAK |  |
| 23 | Tryb angiologiczny (Doppler mocy) oraz Power Doppler kierunkowy | TAK |  |
| 24 | Tryb dopplerowski o wysokiej czułości, zapewniający większą rozdzielczość w obrazowaniu małych przepływów | TAK |  |
| 25 | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) min. 0,5-20 mm | TAK |  |
| 26 | Tryb Triplex (B+ CD/PD + PWD) | TAK |  |
| 27 | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym jeden standardowy B-mode drugi obraz B-mode + Color Doppler  | TAK |  |
| 28 | Oprogramowanie kardiologiczne pediatryczne oraz dla osób dorosłych z pakietami pomiarowymi i raportami, z funkcją Doppler fali ciągłej o rejestrowanych i wyświetlanych prędkościach min. od -24 m/s do 0 oraz od 0 do +24 m/s (przy zerowym kącie bramki); Dopplerem tkankowym kolorowym oraz spektralnym, Anatomicznym M-mode | TAK |  |
| 29 | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu min. 16x | TAK |  |
| 30 | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | TAK |  |
| 31 | Funkcja ciągłego automatycznego optymalizowania obrazu 2D uruchamiana przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | TAK |  |
| 32 | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz skali prędkości) | TAK |  |
| 33 | Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych, z min. 7 kątami emitowania wiązki tworzącymi obraz 2D  | TAK |  |
| 34 | Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej na wszystkich zaoferowanych głowicach typu convex oraz liniowych. | TAK |  |
| 35 | Adaptacyjne przetwarzanie obrazu redukujące artefakty i szumy, np. SRI lub równoważne | TAK |  |
| 36 | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum (min. S, D, PI,RI, HR) | TAK |  |
| 37 | Możliwość przesunięcia linii bazowej na zatrzymanym spektrum Dopplera | TAK |  |
| 38 | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji w aplikacjach | TAK |  |
| 39 | Pomiar odległości, min. 8 pomiarów | TAK |  |
| 40 | Pomiar obwodu, pola powierzchni, objętości | TAK |  |
| 41 | Funkcja automatycznego ustawiania parametrów bramki dopplerowskiej w naczyniu (wstawianie bramki, korekcja kąta i kierunku) za pomocą jednego przycisku. | TAK |  |
| 42 | Videoprinter czarno-biały małego formatu, zintegrowany z aparatem, sterowany z konsoli aparatu | TAK |  |
|  | **Głowice ultrasonograficzne** |  |  |
| 43 | Głowica sektorowa do badań kardiologicznych i transkranialnych TCD wykonana w technologii ukierunkowanej polaryzacji kryształów (ilość elementów akustycznychmin. 80) lub w technologii matrycowej (min. 690 elementów); szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 1.0 MHz -5.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; kąt widzenia min. 90° | TAK |  |
| 44 | Głowica sektorowa pediatryczna szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 3.0 MHz -8.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; kąt widzenia min. 90°; (ilość elementów akustycznych min. 90); Tryby pracy min. 2D, Color Doppler, PW Doppler, CW Doppler, Doppler tkankowy | TAK |  |
|  | **Dodatkowe wymagania**  |  |  |
| 45 | Zasilanie 230V +/- 10 % | TAK |  |
| 46 | Poziom głośności pracującego urządzenia < 42dBA | TAK |  |
| 47 | Energochłonność pracującego urządzenia maksymalnie 550 watt. | TAK |  |
| 48 | Urządzenie zarejestrowane w Polsce jako wyrób medyczny, dopuszczone do stosowania i obrotu na terenie RP, posiadające wraz z głowicami certyfikat CE i deklarację zgodności właściwe dla urządzenia medycznego.Deklaracja zgodności producenta na oferowany aparat i głowice lub równoważny lub aktualnie obowiązujacą deklarację zgodności lub równoważną potwierdzające zakwalifikowanie oferowanego produktu jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974). | TAK |  |
| 49 | Raporty z możliwością dołączenia obrazów do raportów | TAK |  |
| 50 | Gwarancja produkcji części zamiennych, jak i rozbudowy aparatu na min. 10 lat od dostawy. | TAK |  |
| 51 | Aparat podłączony do zdalnego serwisu online producenta poprzez udostępnioną sieć internetową. Podłączenie do zdalnego serwisu pozwalające na świadczenie zdalnych usług serwisowych na terenie Polski przez autoryzowany serwis producenta, co pozwala na zapewnienie bezpiecznej i stałej opieki serwisowej. | TAK |  |
| 52 | W okresie gwarancji min. 2 przeglądy techniczne wliczone w cenę oferty | 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.

**Inne wymagania :**

**-** Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD),

 skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), - należy

 dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych i oświadczenie o autoryzacji Producenta dla wskazanych

 przedstawicieli serwisowych - należy dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Dokument określający częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych

 przez Producenta - należy dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Paszport techniczny urządzenia - należy dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Specyfikacja techniczna z zaznaczeniem zawartych w tabeli parametrów technicznych - należy dostarczyć

 wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Karta gwarancyjna - należy dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Trwałe oznakowanie sprzętu nazwą Producenta

**-** certyfikat kalibracji (w tłumaczeniu na język polski) , lub równoważny - należy dostarczyć wraz z dostawą do

 Zamawiającego.

**-** oświadczenia Oferenta dotyczące kalibracji i wykonania serwisu gwarancyjnego świadczonych przez Oferenta **-** należy dostarczyć wraz z dostawą do Zamawiającego.

**-** Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w roku 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DODATKOWE PARAMETRY** | **Spełnia:** TAK/NIE | **Punktacja** |
| 1 | Możliwość rozbudowy o: Głowica liniowa wysokiej częstotliwości, szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 3.0 – 12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; liczba elementów akustycznych min. 300; płaszczyzna skanowania (FOV) max. 40 mm. |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 2 | Możliwość rozbudowy o: Głowica sektorowa neonatologiczna szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 4.0 MHz -12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; kąt widzenia min. 90°; (ilość elementów akustycznychmin. 90), wymiary płaszczyzny skanowania max. 10x15 mmTryby pracy min. 2D, Color Doppler, PW Doppler, CW Doppler, Doppler tkankowy |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 3 | Możliwość rozbudowy o: Głowica liniowa wysokiej częstotliwości w kształcie litery „L” lub „T”, szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 7.0 – 15.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; liczba elementów akustycznych min. 250; płaszczyzna skanowania (FOV) max. 24 mm |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 4 | Możliwość rozbudowy o: Głowica przezprzełykowa pediatryczna zakres pracy min. 3-7 MHz, ilość elementów akustycznych min. 48, rotacja głowicy min. 0-180°, tryby pracy: 2D, Color Doppler, PW Doppler, CW Doppler, obrazowanie harmoniczne |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 5 | Możliwość rozbudowy o: Głowicę przezprzełykową matrycową; zakres pracy min. 2-7 MHz, min. 2500 elementów akustycznych, obrazowanie harmoniczne |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 6 | Możliwość rozbudowy o w pełni zautomatyzowane narzędzie do analizy typu „strain” wyliczające globalną funkcję lewej komory (GLS), oraz oceny odcinkowej ruchomości ścian, deformacji i synchronii przy użyciu technologii ‘speckle tracking’ wraz z umieszczeniem wyniku w postaci 18 segmentowego wykresu kołowego.Wymagane automatyczne rozpoznanie projekcji AP4, AP3, AP2  |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 7 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie w aparacie do porównywania obrazów diagnostycznych uzyskanych za pomocą urządzeń obrazowych min. TK, MR, PET z obrazami ultrasonograficznymi. |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 8 | * Możliwość rozbudowy o zaawansowane oprogramowanie w aparacie do oceny min.:

a)Możliwość pomiaru amplitudy ruchu pierścienia zastawki mitralnej (TMAD) do śledzenia i obliczania krzywych odkształceń pierścienia zastawki mitralnej oraz innych zastawek w funkcji czasub)Oprogramowanie kardiologiczne do obiektywnej oceny globalnej lewej komory i odcinkowej ruchomości ścian za pomocą technologii śledzenia markerów akustycznych w trybie B-mode (tzw. speckle tracking). Min. ocena i generowania wyników obliczeń globalnej i regionalnych funkcji lewej komory serca, oraz ich prezentowanie w postaci tabeli oraz 17-segmentowego wykresu tarczowego (tzw. „oko byka“)c)Oprogramowanie w aparacie zawierające analizę Strain i Strain Rate z badań wykonanych w trybie kolorowego Dopplera tkankowego wysokiej rozdzielczościd)Oprogramowanie do w pełni automatycznego wyznaczania objętości lewej komory bazujące na technologii speckle tracking  |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 9 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do kardiologicznego badania LVO z użyciem środków kontrastujących o niskim indeksie |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 10 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie komunikacyjne umożliwiające operatorowi aparatu współpracę z kolegami lub dostęp do udzielającego pomocy personelu technicznego. Oprogramowanie wbudowane bezpośrednio w ultrasonograf pozwalające użytkownikowi na wykonywanie następujących czynności: • Zarządzanie kontaktami• Nawiązywanie połączenia audio• Prowadzenie czatu tekstowego• Udostępnianie obrazu wideo z kamery internetowej• Udostępnianie ekranu użytkownikowi zdalnemu • Włączenie funkcji przejęcia ekranu przez użytkownika zdalnego |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 11 | Możliwość rozbudowy o protokół komunikacji DICOM 3.0 do przesyłania obrazów i danych min. klasy DICOM PRINT STORE, WORKLIST, raporty strukturalne (SR) z badań kardiologicznych i naczyniowych |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 12 | Możliwość rozbudowy o tryb wyświetlania obrazu diagnostycznego na min. 85 % wielkości ekranu |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 13 | Możliwość rozbudowy o specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań min.:  jamy brzusznej naczyniowych |  | Tak - 1 pkt.Nie – 0 pkt. |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na: **„System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/72/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, usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

7. Gwarantujemy :

* Możliwość rozbudowy o: Głowica liniowa wysokiej częstotliwości, szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 3.0 – 12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; liczba elementów akustycznych min. 300; płaszczyzna skanowania (FOV) max. 40 mm. - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o: Głowica sektorowa neonatologiczna szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 4.0 MHz -12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; kąt widzenia min. 90°; (ilość elementów akustycznychmin. 90), wymiary płaszczyzny skanowania max. 10x15 mm.

Tryby pracy min. 2D, Color Doppler, PW Doppler, CW Doppler, Doppler tkankowy

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

* Możliwość rozbudowy o: Głowica liniowa wysokiej częstotliwości w kształcie litery „L” lub „T”, szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 7.0 – 15.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; liczba elementów akustycznych min. 250; płaszczyzna skanowania (FOV) max. 24 mm

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

* Możliwość rozbudowy o: Głowica przezprzełykowa pediatryczna zakres pracy min. 3-7 MHz, ilość elementów akustycznych min. 48, rotacja głowicy min. 0-180°, tryby pracy: 2D, Color Doppler, PW Doppler, CW Doppler, obrazowanie harmoniczne. - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o: Głowicę przezprzełykową matrycową; zakres pracy min. 2-7 MHz, min. 2500 elementów akustycznych, obrazowanie harmoniczne. - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o w pełni zautomatyzowane narzędzie do analizy typu „strain” wyliczające globalną funkcję lewej komory (GLS), oraz oceny odcinkowej ruchomości ścian, deformacji i synchronii przy użyciu technologii ‘speckle tracking’ wraz z umieszczeniem wyniku w postaci 18 segmentowego wykresu kołowego.

 Wymagane automatyczne rozpoznanie projekcji AP4, AP3, AP2

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

* Możliwość rozbudowy o oprogramowanie w aparacie do porównywania obrazów diagnostycznych uzyskanych za pomocą urządzeń obrazowych min. TK, MR, PET z obrazami ultrasonograficznymi. - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o zaawansowane oprogramowanie w aparacie do oceny min.:

a) Możliwość pomiaru amplitudy ruchu pierścienia zastawki mitralnej (TMAD) do śledzenia i obliczania krzywych odkształceń pierścienia zastawki mitralnej oraz innych zastawek w funkcji czasu

b) Oprogramowanie kardiologiczne do obiektywnej oceny globalnej lewej komory i odcinkowej ruchomości ścian za pomocą technologii śledzenia markerów akustycznych w trybie B-mode (tzw. speckle tracking). Min. ocena i generowania wyników obliczeń globalnej i regionalnych funkcji lewej komory serca, oraz ich prezentowanie w postaci tabeli oraz 17-segmentowego wykresu tarczowego (tzw. „oko byka“)

c) Oprogramowanie w aparacie zawierające analizę Strain i Strain Rate z badań wykonanych w trybie kolorowego Dopplera tkankowego wysokiej rozdzielczości

d) Oprogramowanie do w pełni automatycznego wyznaczania objętości lewej komory bazujące na technologii speckle tracking

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

* Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do kardiologicznego badania LVO z użyciem środków kontrastujących o niskim indeksie - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o oprogramowanie komunikacyjne umożliwiające operatorowi aparatu współpracę z kolegami lub dostęp do udzielającego pomocy personelu technicznego. Oprogramowanie wbudowane bezpośrednio w ultrasonograf pozwalające użytkownikowi na wykonywanie następujących czynności:

• Zarządzanie kontaktami

• Nawiązywanie połączenia audio

• Prowadzenie czatu tekstowego

• Udostępnianie obrazu wideo z kamery internetowej

• Udostępnianie ekranu użytkownikowi zdalnemu

• Włączenie funkcji przejęcia ekranu przez użytkownika zdalnego

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

* Możliwość rozbudowy o protokół komunikacji DICOM 3.0 do przesyłania obrazów i danych min. klasy DICOM PRINT STORE, WORKLIST, raporty strukturalne (SR) z badań kardiologicznych i naczyniowych - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o tryb wyświetlania obrazu diagnostycznego na min. 85 % wielkości ekranu - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**
* Możliwość rozbudowy o specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań min.:

 jamy brzusznej

 naczyniowych

**TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

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

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

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

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

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*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.„ System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/72/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. - „ System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/72/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. :„ System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/72/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: *na*„ System ultrasonograficzny do diagnostyki kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów neonatologicznych i pediatrycznych - zamówienie w ramach dotacji na realizację zadania pn.: Poprawa bazy leczniczej” - Zp/72/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 (Dz. U. z 2022r. poz. 974).
Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)