*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Pakiet nr 1**

**Lampy bakteriobójcze wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p:** | **Asortyment** | **ILOŚĆ****szt. na 24 -mce** | **CENA****netto** | **CENA****brutto** | **WARTOŚĆ****Netto** | **WARTOŚĆ brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| **1.** | Lampa bakteriobójcza przepływowa duża naścienna z licznikiem – 110 cm | **10** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Lampa bakteriobójcza przepływowa mała naścienna z licznikiem - 60 cm | **20** |  |  |  |  |  |
| **3.** | Lampa bakteriobójcza mobilna duża - 110 cm | **10** |  |  |  |  |  |
| **4.** | Lampa bakteriobójcza mobilna mała - 60 cm | **5** |  |  |  |  |  |
| **5.** | Licznik do lampy bakteriobójczej | **20** |  |  |  |  |  |
| **6.** | Filtr do lampy bakteriobójczej | **300** |  |  |  |  |  |
| **7.** | Wkład do lampy bakteriobójczej - promiennik | **50** |  |  |  |  |  |
| **8.** | Wentylator do lampy bakteriobójczej | **30** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

**ad. poz. 5**

Licznik czasu pracy lamp bakteriobójczych z wyświetlaczem LED i sygnalizacją akustyczną, potrzeby wymiany promiennika.

**ad. poz. 7**

promiennik 30W – 30 szt.

promiennik 55W – 20 szt.

**ad. poz. 8**

wentylator do lamp 60 cm – 20 szt.

wentylator do lamp 110 cm – 10 szt

**Lampa bakteriobójcza przepływowa duża naścienna z licznikiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne** | **Potwierdzenie** |
| 1 | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2 | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3 | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4 | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 115 VA |
| 5 | Promiennik UV do lamp bakteriobójczych | 2 x TUV 55W |
| 6 | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7 | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8 | Minimalna wydajność wentylatora | 199 m³/h |
| 9 | Dezynfekowana kubatura | 45-90 m³ |
| 10 | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 18-36 m² |
| 11 | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12 | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13 | Masa | max. 9,5 kg |
| 14 | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15 | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
| 16 | Montaż do ściany z obu stron lampy, przy pomocy uchwytów (efekt solidnego/stabilnego umocowania lampy na ścianie) lub przejezdna. | TAK |
| 17 | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności lub równoważną | TAK |

**Lampa bakteriobójcza przepływowa mała naścienna z licznikiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne** | **Potwierdzenie** |
| 1 | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2 | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3 | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4 | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 75 VA |
| 5 | Promiennik UV do lamp bakteriobójczych | 2 x TUV 30W |
| 6 | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7 | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8 | Minimalna wydajność wentylatora | min. 132 m³/h |
| 9 | Dezynfekowana kubatura | 25-50 m³ |
| 10 | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 10-20 m² |
| 11 | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12 | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13 | Masa | max. 9 kg |
| 14 | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15 | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
| 16 | Montaż do ściany z obu stron lampy, przy pomocy uchwytów (efekt solidnego/stabilnego umocowania lampy na ścianie) lub przejezdna. | TAK |
| 17 | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności lub równoważną | TAK |

**Pakiet nr 2**

Osprzęt do lamp bakteriobójczych kompatybilny z lampami firmy "ULTRAVIOL" będącymi na wyposażeniu Szpitala

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p:** | **Asortyment** | **ILOŚĆ****szt. na 24 -mce** | **CENA****netto** | **CENA****brutto** | **WARTOŚĆ****Netto** | **WARTOŚĆ brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| **1.** | Licznik do lampy bakteriobójczej | **130** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Filtr do lampy bakteriobójczej | **2700** |  |  |  |  |  |
| **3.** | Wkład do lampy bakteriobójczej - promiennik | **450** |  |  |  |  |  |
| **4.** | Wentylator do lampy bakteriobójczej | **170** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

Osprzęt do lamp bakteriobójczych **musi być kompatybilny** z lampami firmy "ULTRAVIOL" będącymi na wyposażeniu Szpitala

**ad. poz. 1**

Licznik czasu pracy lamp bakteriobójczych z wyświetlaczem LED i sygnalizacją akustyczną, potrzeby wymiany promiennika.

**ad. poz. 3**

promiennik 30W – 300 szt.

promiennik 55W – 150 szt.

**ad. poz. 4**

wentylator do lamp 60 cm – 110 szt.

wentylator do lamp 110 cm – 60 szt

*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:

**„Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem”- Zp/73/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. **OŚWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2023 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz. U. 2022 poz. 1952).

6. 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:

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

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

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

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

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

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

1. Gwarantujemy …….... dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia *\**

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 termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia - 5 dni roboczych.*

*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. **na „Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem”- Zp/73/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 lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem”- Zp/73/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. : **„Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem”- Zp/73/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 „Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem”- Zp/73/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 ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia:**„Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem” - Zp/73/TP/22.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*