*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Pakiet nr 1**

**Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Waga (g)** | **Ilość**  **48 m-ce** | **Producent wraz z numerem katalogowym** |
| **1.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, stopka standardowa, szerokośc szczęki 2 mm, otwarcie szczęki 9 mm, długość części pracującej 200 mm, rozkładany, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **326** | **2** |  |
| **2.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, stopka standardowa, szerokośc szczęki 3 mm, otwarcie szczęki 10 mm, długość części pracującej 200 mm, rozkładany, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **339** | **2** |  |
| **3.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, stopka standardowa, szerokośc szczęki 4 mm, otwarcie szczęki 12 mm, długość części pracującej 200 mm, rozkładany, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **343** | **2** |  |
| **4.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 2 mm, otwarcie szczęki 9 mm, długość części pracującej 180 mm, rozkładany, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **308** | **2** |  |
| **5.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 3 mm, otwarcie szczęki 10 mm, długość części pracującej 180 mm, rozkładany, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **311** | **2** |  |
| **6.** | Odgryzacz typu Caspar, szerokość szczęki 2 mm, długośc części roboczej 155 mm. | **101** | **2** |  |
| **7.** | Odgryzacz typu Caspar, szerokość szczęki 4 mm, długośc części roboczej 155 mm. | **108** | **2** |  |
| **8.** | Odgryzacz typu Caspar, szerokość szczęki 3 mm, długośc części roboczej 155 mm. | **103** | **2** |  |
| **9.** | Odgryzacz do chrząstek typ ST Barts, szerokość  3 mm, długość 114 mm. | **98** | **2** |  |
| **10.** | Kleszczyki laryngologiczne typ ST Barts zagięte w górę pod kątem 140 stopni, szerokośc 3 mm. | **77** | **2** |  |
| **11.** | Odgryzacz typu Caspar, szczęka zagięta w górę ( kąt 150 stopni ), szerokość szczęki 2 mm, długośc części roboczej 155 mm. | **102** | **2** |  |
| **12.** | Odgryzacz typu Caspar, szczęka zagięta w górę ( kąt 150 stopni ), szerokość szczęki 3 mm, długośc części roboczej 155 mm. | **105** | **2** |  |
| **13.** | Rama stojaka do Kerrisonów | **549** | **2** |  |
| **14.** | Kosz stalowy perforowany z nóżkami o wymiarach 406 x253 x106 mm. | **1089** | **4** |  |
| **15.** | Wanna do kontenera ¾ wysokość 187 mm | **2519** | **4** |  |
| **16.** | Primeline pro ¾ pokrywa srebrna | **1384** | **4** |  |
| **17.** | Rama stojaka do Kerrisonów | **549** | **4** |  |
| **18.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 1 mm, otwarcie szczęki 8 mm, długość części pracującej 180 mm, rozkładalny, z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **310** | **2** |  |
| **19.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 2 mm, otwarcie szczęki 9 mm, długość części pracującej 180 mm, rozkładalny, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **308** | **2** |  |
| **20.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 3 mm, otwarcie szczęki 10 mm, długość części pracującej 180 mm, rozkładalny, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **311** | **2** |  |
| **21.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 2 mm, otwarcie szczęki 9 mm, długość części pracującej 200 mm, rozkładalny, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **314** | **2** |  |
| **22.** | Odgryzacz typu Kerrison, kąt 130 stopni, otwarcie w górę, cienka stopka, szerokośc szczęki 3 mm, otwarcie szczęki 10 mm, długość części pracującej 200 mm, rozkładalny, z wypychaczem oraz z czarną powłoką zapobiegającą refleksom świetlnym. | **323** | **2** |  |
| **23.** | Kleszczyki do kostki sitowej typ Weilblakesley, proste, szerokość 3 mm, długość 120 mm. | **75** | **2** |  |
| **24.** | Kleszcze do kości sitowej typ Weilblaksley, branże tnące proste, śr. 3,6 mm, długość części pracującej do uchwytu 120 mm. | **75** | **2** |  |
| **25.** | Odgryzacz typu Beck, szerokość końcówki  2 mm, długość części pracującej 140 mm. | **102** | **2** |  |
| **26.** | Odgryzacz typu Caspar, szerokość szczęki  2 mm, długość części roboczej 155 mm. | **101** | **2** |  |
| **27.** | Odgryzacz typu Caspar, szerokość szczęki  3 mm, długość części roboczej 155 mm. | **103** | **2** |  |
| **28.** | Wanna do kontenera o wymiarach 592 x274 x135 mm wykonana ze stopu aluminium z ergonomicznymi uchwytami blokujacymi się pod kątem 90 stopni, wyposażona w uchwyty na tabliczki identyfikacyjne po obu stronach kontenera. | **2469** | **2** |  |
| **29.** | Primeline pro 1/1 pokrywa srebrna | **1949** | **4** |  |
| **30.** | Wanna do kontenera o wymiarach 592 x274 x90 mm wykonana ze stopu aluminium z ergonomicznymi uchwytami blokujacymi się pod kątem 90 stopni, wyposażona w uchwyty na tabliczki identyfikacyjne po obu stronach kontenera. | **2160** | **2** |  |
| **31.** | Zestaw rozszerzacza do mikrodyscektomii lędźwiowej kompletny. | **5765** | **1** |  |
| **32.** | Zestaw łyżek o szerokości 19 mm do technik mikrochirurgicznych w ramach systemu retrakcji szyjnej typu Caspar. | **2379** | **1** |  |
| **33.** | Activ C Dystraktor do blokowalnych śrub, prawy | **236** | **2** |  |
| **34.** | Activ C Dystraktor do blokowalnych śrub,  lewy | **239** | **2** |  |
| **35.** | Activ C śrubokręt do śrub blokowanych | **110** | **2** |  |
| **36.** | Retraktor do systemu szyjnego typu Caspar, dedykowany do podłużnej retrakcji, z podwójnie składanymi ramionami i czarnymi końcówkami | **155** | **1** |  |

**W ramach dzierżawy Wykonawca każdorazowo na wezwanie Zamawiającego dokona wymiany zużytego sprzętu na nowy.**

*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:

**„ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ”- Zp/29/TP/23** 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: **Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych**

**całkowita kwota na 48 miesięcy**

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

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

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

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

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

**w tym kwota miesięcznej dzierżawy**

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

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

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

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

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

1. Gwarantujemy …….... dniowy termin termin wymiany zużytego sprzętu na nowy *\**

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 wymiany zużytego sprzętu na nowy - 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* „ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ” - Zp/29/TP/23**, 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. **- „ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ”- Zp/29/TP/23**, 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. :**„ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ”- Zp/29/TP/23**, 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 2022r. poz. 1710 z późn.zm)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ”- Zp/29/TP/23** 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 **„ Dzierżawa sprzętu medycznego - narzędzia do zabiegów neurochirurgicznych ”- Zp/29/TP/23.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 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 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)