1. *Załącznik nr 1 do SWZ*

#### Pakiet nr 1

**Okrągłe sizery śródoperacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| opis | jednostka | Ilość 12 m-cy | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent inumer katalogowy |
| • sizer o kształcie okrągłym • produkt sterylny • powłoka gładka • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • wypełniony w 100% żelem silikonowym • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • minimum 3 warstwy elastomeru • pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm, (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • jednokrotnego użycia • sizer barwiony w celu łatwego odróżnienia od właściwego implantu | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Pakiet nr 2

**Endoprotezy piersi o kształcie okrągłym I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| opis | jednostka | Ilość 12 m-cy | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent inumer katalogowy |
| • endoproteza o kształcie okrągłym • produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym• bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej• minimum 3 warstwy elastomeru• pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm, (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE • gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Bakera | Szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Pakiet nr 3

**Endoprotezy piersi o kształcie okrągłym II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| opis | jednostka | Ilość 12 m-cy | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent inumer katalogowy |
| • produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • minimum 3 warstwy elastomeru • protezy przyjmujące kształt „łzy” pod wpływem grawitacji • paszport elektroniczny (RFID) ułatwiający identyfikację implantu • pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE • gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Bakera | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Pakiet nr 4

**Endoprotezy piersi o kształcie anatomicznym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| opis | jednostka | Ilość 12 m-cy | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent inumer katalogowy |
|  • produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym • zintegrowany system mocowania implantów do tkanki • radiologiczne wskaźniki położenia implantu • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • minimum 3 warstwy elastomeru • pełny zakres rozmiarów: średnica od 11 cm do 13,5 cm, minimalny zakres pojemności 250 cm3, max zakres pojemności 600 cm3) • 2 projekcje, 3 wysokości • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE • gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Baker | Szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Pakiet nr 5

**Ekspander Anatomiczny jednokomorowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| opis | jednostka | Ilość 12 m-cy | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent inumer katalogowy |
|  • Ekspander o kształcie anatomicznym jednokomorowy• Ekspander tkankowy, z którym można poddawać się badaniom MR oraz CT, ponieważ nie zawiera żadnych elementów magnetycznych mogących negatywnie wpłynąć na interpretację tych badań • Komora rozprężana roztworem soli fizjologicznej • Produkt sterylny – 2 lata od daty produkcji • Powłoka gładka zgodnie z klasyfikacją ISO-14607:2018 • Pojemności w zakresie 260 ml do 995ml • 3 Wysokości • Produkt posiada certyfikat CE • Zintegrowany system mocowania ekspandera do tkanki • Radiologiczne wskaźniki położenia implantu • Wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • Mikrotransponder RFID ułatwiający identyfikację ekspandera • Brak elementów magnetycznych • Wbudowany port do napełniania • Lokalizacja portu za pomocą zewnętrznego czytnika RFI• Wzmocniona podstawa  | Szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

*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 endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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. 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).

1. Gwarantujemy uzupełnienie zużytych implantów do …….. godzin od momentu ich wszczepienia*\**

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 uzupełnienia zużytych implantów od momentu ich wszczepienia – 72 h.)*

*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 endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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. **„Dostawa endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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. **„Dostawa endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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: **„Dostawa endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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 : **„ Dostawa endoprotez, ekspanderów i sizerów piersiowych” - Zp/24/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)