Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

Mikroskop świetlny z przystawką konsultacyjną

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Mikroskop świetlny z przystawką konsultacyjną | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

1. Ergonomiczny statyw z nisko położonymi pokrętłami: regulacji siły światła, przesuwu preparatów, współosiową śrubą mikro/makro do ustawiania ostrości. Wbudowana regulacja siły nacisku dla śruby makro, wbudowany pierścień blokady położenia stolika (wysokości). Działka odczytu na śrubie mikrometrycznej 1 mikrometr. Statyw mikroskopu z możliwością zamontowania nasadki okularowej o polu widzenia 26.5mm.
2. Oświetlacz ledowy o mocy odpowiadającej żarówce 100W wg systemu Koehlera. Żywotność 50 000 h.
3. Wbudowany regulator siły światła z przełącznikiem stałej mocy oświetlenia do zastosowania w mikrofotografii.
4. Kondensor o aperturze 1.40
5. Wymienny uchwyt rewolwerowy na 6 obiektywów ze szczeliną na analizator.
6. Stolik mechaniczny, bezkrawędziowy, z mechanizmem rolkowym przesuwu bez szyny zębatkowej, o trwałej powłoce ceramicznej z uchwytem na dwa preparaty, z możliwością obrotu w płaszczyźnie poziomej w zakresie 250 stopni, prawostronne pokrętło przesuwu preparatów dla osi x, y z regulacją siły nacisku dla obu osi, zakres przesuwu 76x52mm.
7. Uchwyt na dwa preparaty z lewostronnym elementem dociskowym
8. Nasadka okularowa z wyjściem na kamerę. Rozstaw okularów w zakresie 50mm-76mm. Regulacja dioptryjna +/- 5 dioptrii. Podział światła okulary/kamera 100%-0%, 20%-80%, 0%-100%
9. Okulary z osłonkami gumowymi powiększenie 10x, numer pola 22.
10. Obiektywy o długości optycznej 45mm o parametrach:
* Plan fluorytowy o powiększeniu 10x, apertura numeryczna 0.3 odległość robocza 10mm,
* Plan fluorytowy o powiększeniu 40x, apertura numeryczna 0.75 odległość robocza 0.51mm,
* Plan fluorytowy o powiększeniu 60x, apertura numeryczna 0.9, korekcja na grubość szkiełka w zakresie 0.11mm - 0.23mm
* Plan fluorytowy o powiększeniu 100x, apertura numeryczna 1.30, odległość robocza 0.2mm
1. Przystawka dla konsultanta siedzącego po prawej stronie. Ledowa strzałka do wskazywania, widzialna w torze optycznym w kolorze zielonym i czerwonym. Regulacja natężenia świecenia strzałki. Nasadka okularowa o nachyleniu okularów 30 stopni. Regulacja rozstawu okularów w zakresie 50mm – 76mm.
2. Pokrowiec, ergonomiczne nakładki na pokrętła stolikiem, kabel zasilający

**Pakiet nr 2**

Aparat EKG

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Aparat EKG | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-proste zakładanie papieru

-sygnalizacja złego kontaktu poszczególnych elektrod czy akustyczna sygnalizacja wykrytych pobudzeni

-detekcja impulsów stymulatora

-automatyczną regulację linii izoelektrycznej

-ciągły pomiar częstości akcji serca (HR), prezentacja na wyświetlaczu

-automatyczna detekcja zespołów QRS

-pamięć do 1000 badań

-pełna klawiatura

-analiza po zakończonym badaniu

-papier 112 mm

-12 kanałowy z dwunastoma odprowadzeniami – rejestracja odprowadzeń EKG 12 standardowych

-kolorowy ekran LCD dotykowy 7"

-waga max. 1,5 kg

-zapis automatyczny "do schowka" 12 odprowadzeń jednocześnie, data, godzina badania, ustawienia filtrów, czas zapisu badania

-drukowanie w układzie standardowym 1,3,6 lub 12 kanałów

-wydruk z bazy pacjentów, dołączenie imienia i nazwiska do wydruku przebiegu EKG, wydruk analizy i interpretacji

-prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG

- obsługa łatwa, za pomocą klawiatury, klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnym

-automatyczna analiza i interpretacja - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta

-bateria min. 130 badań automatycznych

-filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz, 60 Hz

-filtr zakłóceń mięśniowych 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz

-filtr izolinii 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz

-detekcja odpięcia elektrody INOP niezależna dla każdej elektrody

-grubość wydruku linii normalna lub pogrubiona

-akcesoria dodatkowe – mobilny stolik z pojemnikiem/półką

**Pakiet nr 3**

Pompa infuzyjna strzykawkowa, pompa infuzyjna objętościowa oraz stacja dokująca z akcesoriami

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | **szt.** | **12** |  |  |  |  |  |
| 2. | Pompa infuzyjna objetościowa  | **szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 3. | Stacja dokująca na 3 pompy  | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| 4. | Stacja dokująca na 6 pomp | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Pompa infuzyjna strzykawkowa – 12 szt.**

**Opis parametrów:**

- duży kolorowy wyświetlacz z widocznością ze wszystkich stron

-przyjazny interfejs użytkownika dzięki intuicyjnemu menu (w języku polskim)

-biblioteka leków (minimum 2500 leków) z przypisanymi parametrami infuzji

-zintegrowany zasilacz do użytku ze standardowymi kablami zasilającymi

-zintegrowany zacisk i uchwyt

-system modułowy dla bezpieczeństwa transportu

-napęd półautomatyczny, półautomatyczne ładowanie strzykawki

-czas ładowania do 4h

-czas pracy przy przepływie 5ml/godz. co najmniej 10 godz.

-prędkości 0,1 – 999,9 ml/godz. (+/- 2)

-prędkość bolusa 1-1,800 ml/godz

-skalibrowane strzykawki o pojemności 5,10,20, 50/60 ml

-ochrona przed wnikaniem płynów

-alarm okluzji

-waga do 2,5 kg

-wykonana z trwałych materiałów o dużej wytrzymałości na działanie materiału biologicznego, czynniki mechaniczne, nadające się do dezynfekcji środkami stosowanymi standardowo w placówkach ochrony zdrowia

**Pompa infuzyjna objętościowa – 5 szt.**

**Opis parametrów:**

-duży kolorowy wyświetlacz z widocznością ze wszystkich stron

-przyjazny interfejs użytkownika dzięki intuicyjnemu menu (w języku polskim)

-biblioteka leków (minimum 2500 leków) z przypisanymi parametrami infuzji

-zintegrowany zasilacz do użytku ze standardowymi kablami zasilającymi

-zintegrowany zacisk i uchwyt

-system modułowy dla bezpieczeństwa transportu

-zabezpieczenie przed wolnym przepływem podczas wymiany drenu

-precyzyjny napęd

-sygnały alarmowe ciśnienia okluzji, czujnika powietrza i czujnika kropli

-precyzyjny napęd

-zabezpieczenie przed swobodnym przepływem przy otwartych drzwiczkach

-możliwość ustawienia prędkości infuzji z dokładnością do 0,01 ml/h (prędkość 0,1 -1,200ml/godz

+/-5)

-możliwość ustawienia objętości do podania z dokładnością do 0,01 ml/h

-prędkość bolusa – 1-1,200ml/godz

-niewielkie rozmiary, waga do 2 kg

-czas pracy – minimum 6 godz. przy przepływie 25ml/godz

-czas ładowania – maksimum 4 godz.

-zabezpieczenie przed wilgocią

-wykonana z trwałych materiałów o dużej wytrzymałości na działanie materiału biologicznego, czynniki mechaniczne, nadające się do dezynfekcji środkami stosowanymi standardowo w placówkach ochrony zdrowia

**Stacja dokująca na 3 pompy -2 szt.**

**Stacja dokująca na 6 pomp – 2 szt.**

**Opis parametrów:**

-wymiary: 305x375x202 (SxWxG)

-masa max. 3,5kg

-zabezpieczenie przed wilgocią

-montaż bez użycia dodatkowych narzędzi

-montaż do 6 pomp (max 18 pomp w jednej lub dwu kolumnach)

-uchwyt do montażu pionowego ze zintegrowaną ochroną przed przekręceniem

-akcesoria: stojak do montażu pomp z listwą zasilającą (nośność 30 kg), pokrywa osłaniająca kolumnę od góry, przedłużacz 120 cm, przewód przyłączeniowy, kabel do łączenia pomp

**Pakiet nr 4**

Aparat USG

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Aparat USG | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Wymagane Parametry Techniczne**

**Aparat USG klasy Premium z 3 sondami**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa ultrasonografu** | Podać |  |
| **Producent** | Podać |  |
| **Kraj** | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Punktacja** |
|  | Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii pracy. Aparat nowy, nieużywany. Wyklucza się aparaty demo. Rok produkcji: 2022 | Tak |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy aparatu min 2 – 18 MHz | Tak |  |  |
|  | Dynamika systemu min. 320 dB | Tak |  |  |
|  | Technologia cyfrowa – system równoległego przetwarzania z cyfrową obróbką i cyfrowym kształtowaniem wiązki min. 30 wiązek jednocześnie | Tak |  |  |
|  | Ilość niezależnych kanałów odbiorczych: min. 10 000 000 | Tak |  |  10 000 000 – 0 pkt.> 10 000 000 – 5 pkt. |
|  | Fizyczna ilość kanałów nadawczych TX i odbiorczych RX: min. po 192 | Tak |  |  |
|  | Ilość niezależnych identycznych gniazd dla różnego typu sond obrazowych: min. 3 | Tak |  |  |
|  | Gniazdo tzw. parkingowe min. 1 | Tak |  |  |
|  | Monitor LCD LED, wielkość ekranu min. 23 cale | Tak |  |  |
|  | Rozdzielczość monitora min. 1920x1080 (Full HD) | Tak |  |  |
|  | Możliwość regulacji położenia monitora LCD: prawo/lewo, przód/tył, góra/dół, pochylenie | Tak |  |  |
|  | Monitor umieszczony na min. 3 przegubowym ruchomym ramieniu  | Tak |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wieszaki na głowice z min. jednej strony konsoli/panelu | Tak |  |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi dostępna na panelu dotykowym | Tak |  |  |
|  | Ekran dotykowy min. 12 cali z przyciskami funkcyjnymi oraz możliwością programowania położenia poszczególnych funkcji. Obsługa ekranu jak tablet tj. przesuwanie dłonią poszczególnych okien | Tak |  |  |
|  | Regulacji wysokości panelu sterowania min. 30 cm | Tak |  |  |
|  | Regulacji odchylenia panelu sterowania min. +/- 35 stopni | Tak |  |  |
|  | Waga aparatu max. 95 kg | Tak |  |  |
|  | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów min. 10 000 obrazów | Tak |  |  |
|  | Maksymalna długość zapamiętanej prezentacji w tryboe M/D-mode min. 150 sek. | Tak |  |  |
|  | Zintegrowany z aparatem system archiwizacji obrazów  | Tak |  |  |
|  | Wewnętrzny dysk wykonany w technologii SSD tzw. systemowy min. 128 GB | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy HDD min. 1000 GB | Tak |  |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznego dysku do archiwizacji danych  | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie DICOM 3.0 umożliwiające zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM – min. Media Storage, Verification, Storage (Network), Print, MWM (Modality Worklist Management), Query/Retrieve (QR), Structure Reporting | Tak |  |  |
|  | System archiwizacji z możliwością zapisu w formatach min. BMP, JPEG, AVI, WMV9, DICOM, Raw Data | Tak |  |  |
|  | Eksportowanie obrazów na nośniki przenośne DVD/CD, Pen-Drive, HDD wraz z załączaną przeglądarką DICOM | Tak |  |  |
|  | Napęd CD/DVD wbudowany fabrycznie w aparat | Tak |  |  |
|  | Ustawienia wstępne użytkownika (presety) dla aplikacji i głowic | Tak |  |  |
|  | Wideoprinter cyfrowy czarno – biały | Tak |  |  |
|  | Możliwość wydrukowania bezpośrednio z aparatu raportu z badań  | Tak |  |  |
|  | Porty USB 3.0 i USB 2.0 wbudowane w aparat (do archiwizacji na pamięci typu Pen-Drive) – min. 3 porty USB w tym min. jeden port umieszczony w monitorze. | Tak |  |  |
|  | Wbudowane w aparat cyfrowe wyjście HDMI | Tak |  |  |
|  | Wbudowane w aparat wyjście Ethernet 10/100/1000 Mbps | Tak |  |  |
|  | Start systemu z trybu wyłączenia (Shutdown) max. 35 sek. | Tak |  |  |
|  | **Obrazowanie** |  |  |  |
|  | Tryb 2D (B-mode) | Tak |  |  |
|  | Maksymalna głębokość penetracji od czoła głowicy min. 42 cm | Tak |  | 42cm – 0 pkt.od 43 cm do 48 cm – 2 pkt. > 48 cm – 5 pkt. |
|  | Możliwość regulacji STC/LGC po min. 6 suwaków do regulacji | Tak |  |  |
|  | Zakres bezstratnego powiększania obrazu w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu, a także z pamięci Cine: min. 22x | Tak |  |  |
|  | Porównywanie min. 10 ruchomych obrazów 2D tego samego pacjenta. | Tak |  |  |
|  | Maksymalna szybkość odświeżania obrazu w trybie B-Mode min 400 obr/sek | Tak |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D, PWD przy pomocy jednego przycisku (2D wzmocnienie, PWD skala, linia bazowa) | Tak |  |  |
|  | Ciągła optymalizacja wzmocnienia w trybie 2D | Tak |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe min. +/- 20 stopni | Tak |  |  |
|  | Obrazowanie rombowe | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie zwiększające dokładność, eliminujące szumy i cienie obrazu | Tak |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne na wszystkich zaoferowanych głowicach  | Tak |  |  |
|  | Wykorzystanie techniki obrazowania harmonicznego typu inwersji pulsu | Tak |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne zwiększające rozdzielczość i penetrację, używające jednocześnie min. 3 częstotliwości do uzyskania obrazu – inne niż wyżej wymienione | Tak |  |  |
|  | Zastosowania technologii optymalizującej obraz w trybie B-mode w zależności od badanej struktury – dopasowanie do prędkości rozchodzenia się fali ultradźwiękowej w zależności od badanej tkanki | Tak |  |  |
|  | Zastosowanie technologii obrazowania „nakładanego” przestrzennego wielokierunkowego w trakcie nadawania i odbioru | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie ulepszające obrazowanie –wizualizację igły biopsyjnej  | Tak |  |  |
|  | Tryb Duplex (2D + PWD) | Tak |  |  |
|  | Tryb Triplex (2D + PWD+CD) z rejestrowaną prędkością: min. 15 m/sek dla zerowego kąta | Tak |  |  |
|  | Technologia przetwarzania sygnału Raw Data pozwalająca po zamrożeniu obrazu na zmianę: min. wzmocnienia, dynamiki. | Tak |  |  |
|  | Obrazowanie 3D z tzw. wolnej ręki | Tak |  |  |
|  | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)** działający w trybie wieloczęstotliwościowym | Tak |  |  |
|  | Prędkość odświeżania dla CD min. 300 klatek/sek | Tak |  |  |
|  | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego min. +/-25 stopni  | Tak |  |  |
|  | Ilość map kolorów dla CD min. 30 map | Tak |  |  |
|  | Optymalizacja zapisów CD za pomocą jednego przycisku (min. dostosowanie linii bazowej i częstotliwości) | Tak |  |  |
|  | Tryb angiologiczny (Power Doppler) oraz Power Doppler kierunkowy | Tak |  |  |
|  | Tryb dopplerowski o wysokiej czułości i rozdzielczości dedykowany do małych przepływów | Tak |  |  |
|  | **Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD)** | Tak |  |  |
|  | Zakres prędkości CWD min. +/- 20 m/sek dla zerowego kąta bramki | Tak |  |  |
|  | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)** z HPRF | Tak |  |  |
|  | Zakres prędkości min. +/- 13 m/sek dla zerowego kąta bramki | Tak |  |  |
|  | Zakres częstotliwości PRF min. 0,4 – 45 kHz | Tak |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w zakresie min. 0,4 - 20 mm | Tak |  |  |
|  | Regulacja uchylności wiązki dopplerowskiej min. +/-30 stopni | Tak |  |  |
|  | Możliwość przesunięcia linii bazowej dopplera spektralnego na zamrożonym obrazie | Tak |  |  |
|  | Korekcja kąta bramki Dopplerowskiej min. +/- 80 st. | Tak |  |  |
|  | Technologia optymalizująca zapis spektrum w czasie rzeczywistym  | Tak |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum na obrazie rzeczywistym i zamrożonym dla trybu Dopplera  | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie aplikacyjne z pakietem oprogramowania pomiarowego do badań ogólnych: brzusznych, tarczycy, sutka, piersi, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, naczyniowych, ortopedycznych, urologicznych. | Tak |  |  |
|  | Liczba par kursorów pomiarowych min. 12 | Tak |  |  |
|  | Pakiet do automatycznego wyznaczania Intima Media Thicknes ( IMT) | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające wyznaczenie procentu unaczynienia w danym obszarze | Tak |  |  |
|  | Oprogramowanie kardiologiczne z pakietem obliczeniowym i możliwością wykonywania pomiarów na obrazach z archiwum | Tak |  |  |
|  | **Sondy** |  |  |  |
|  | **Sonda Convex wieloczęstotliwościowa do badań ogólnych wykonana w technologii single crystal** | TakPodać model |  |  |
|  | Zakres pracy przetwornika min. 2,0 - 8,0 MHz | Tak |  |  |
|  | Kąt pola skanowania (widzenia) min. 110 stopni  | Tak |  | 110 st. – 0 pkt.> 110 st. – 5 pkt. |
|  | Ilość elementów w jednej linii min. 180 | Tak |  |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |  |
|  | Możliwość pracy z oprogramowaniem do elastografii typu strain i akustycznej (Shear Wave) kodowanej kolorem | Tak |  |  |
|  | **Sonda Liniowa do badań małych narządów wykonana w technologii matrycowej lub równoważnej** | TakPodać model |  |  |
|  | Zakres pracy przetwornika min. 5,0 – 14,0 MHz | Tak |  |  |
|  | Ilość elementów min. 1 500 | Tak |  | 1500 – 0 pkt.> 1500 – 5 pkt. |
|  | FOV w zakresie 55-60 mm | Tak |  |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |  |
|  | Możliwość pracy z oprogramowaniem do elastografii typu strain i akustycznej (Shear Wave) kodowanej kolorem | Tak |  |  |
|  | **Sonda kardiologiczna Sektorowa wykonana w technologii single crystal** | TakPodać model |  |  |
|  | Zakres pracy przetwornika min. 1,0 – 6,0 MHz | Tak |  |  |
|  | Liczba elementów – min. 90 | Tak |  |  |
|  | Kąt skanowania min. 110 st. | Tak |  | 110 st. – 0 pkt.> 110 st. – 5 pkt. |
|  | Praca w trybie II harmonicznej. | Tak |  |  |
|  | **Możliwości rozbudowy systemu dostępne na dzień składania ofert** | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb dopplerowskiego obrazowania naczyń narządów miąższowych (nerki, wątroba itp.) do wizualizacji bardzo wolnych przepływów poniżej 1 cm/sek. w mikronaczyniach pozwalające obrazować przepływy bez artefaktów ruchowych dostępny na głowicach: convex, linia, endo. Możliwość prezentacji kierunku napływu. Prędkość odświeżania FR>50 obr/sek dla przepływów poniżej 1 cm/sek przy bramce większej niż 2 x 2 cm. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł elastografii (typu strain) obliczający i wyświetlający sztywność względną tkanki w czasie rzeczywistym na obrazie z sond: convex, linia, endocavity. Wskaźnik prawidłowej siły ucisku wyświetlany na ekranie Możliwość wykonywania obliczeń odległości i powierzchni oraz oprogramowanie umożliwiające porównywanie elastyczności min. 2 miejsc. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o Elastografię akustyczna (typu Shear Wave), moduł określający sztywność tkanek na podstawie analizy prędkości fali poprzecznej z dowolną regulacją pola analizy oraz prezentacją elastyczności tkanek za pomocą kolorów w czasie rzeczywistym - dostępne na sondach: convex, linia, endocavity. Możliwość uzyskania wyników pomiarowych wyrażonych w kPa lub m/sek.  | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o analizę jakości otrzymywanych wyników w obrazowaniu elastografii akustycznej pozwalające ocenić gdzie jest najlepszy obszar do wykonania pomiaru. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o automatyczny pomiar zwłóknienia w czasie rzeczywistym przy pomocy elastografii akustycznej w kPa lub m/sek | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o pomiar stłuszczenia wątroby | Tak/Nie |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o elastografię akustyczną (typu Shear Wave) dostępną na głowicy convex wysokiej częstotliwości min. 9 MHz. Możliwość uzyskania wyników pomiarowych wyrażonych w kPa lub m/sek | TakPodać model |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o specjalistyczne oprogramowanie poprawiające wykrywanie mikrozwapnień w tkankach miękkich tj. sutki, piersi, nerka, jądra, ścięgna itp. – podać nazwę własną | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę rektalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Linia, min. 4,0-11 MHz, min. po 128 elementów, kąt skanowana (convex) min. 170 st., szerokość skanu (linia) 55-60 mm, obrazowanie harmoniczne, możliwość pracy z kontrastem, obrazowaniem elastograficznym | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę rektalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex, min. 5,0-10,0 MHz, min. po 128 elementów, kąt skanowana min. 170 st., obrazowanie harmoniczne | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne z możliwością wykonywania pomiarów min. 100 cm  | Tak |  | 100 cm – 0 pkt.od 101 cm do 200 cm – 2 pkt. > 200 cm –5 pkt. |
|  | Możliwość rozbudowy o głowice śródoperacyjne i laparoskopową. Podać modele | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o porównywanie obrazu referencyjnego (obraz USG, CT, MR, XR) z obrazem USG na żywo. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę z kanałem biopsyjnym przez czoło sondy z możliwością wyboru min. 3 kątów wejścia w tym min. jednym zbliżonym do 90 stopni. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zainstalowane w aparacie analiza ilościowa Strain i Strain Rate - obrazowanie i analiza ilościowa funkcji synchronizacji skurczu (wewnątrz- i między-komorowego) | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oddzielną analizę wsierdzia i nasierdzia oraz możliwość uśrednienia uzyskanych wyników. | Tak/Nie |  | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość rozbudowy o automatyczne wyznaczanie frakcji wyrzutowej z obrazu 2D oraz GLS Global Longitudal Strain w projekcji 2 i 4 jamowej  | Tak/Nie |  | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb obrazowania 3D/4D z głowic objętościowych (wolumetrycznych): convex, endocavity. Obrazowanie 4D z max. prędkością (Frame Rate) min. 40 obr./s | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę Convex 3D/4D, min. 2-9 MHz, kąt skanowania 2D min. 90 st., kąt skanowani w 3D/4D min. 90x90 st., min. 192 elementy | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę Endocavity 3D/4D, min. 3-11 MHz, kąt skanowania 2D min. 180 st., kąt skanowani w 3D/4D min. 150x150 st., min. 192 elementy | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o półprzezroczyste obrazowanie w trybie 4D umożlwiające jednoczesne wyświetlenie zarówno powierzchni badanego płodu jak i anatomicznych struktur wewnętrznych z możliwością zobrazowania wewnętrznego przepływu krwi | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie wykorzystujące algorytmy do analizy guzów jajnika zgodne z IOTA ADNEX | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł analizy pomiarów biometrycznych płodu opartych o narzędzie statystyczne Z-score | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł WiFi – umożliwiający bezprzewodowe nawiązanie połączenia z siecią DICOM zgodne ze standardem IEEE 802.11 b/g/n/ac | TAK |  |  |
|  | **Dodatkowe** | Tak |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak |  |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG  | Tak |  |  |
|  | Możliwość zdalnego dostępu (połączenie szyfrowane, zapewnienie bezpieczeństwa danych zgodnie z RODO) do aparatu umożliwiającego świadczenie usług serwisowych przez autoryzowany serwis producenta. Zakres zdalnego serwisu min.: diagnostyka, opieka serwisowa i aplikacyjna, upgrade systemu, korekta parametrów obrazowania, możliwość udostępnienia ekranu aparatu i czat w celach edukacyjnych i pomocy. | Tak |  |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych – min. 10 lat od daty podpisania protokołu odbioru | Tak |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z aparatem | Tak |  |  |

Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Kolumna „Parametr oferowany” musi być w całości wypełniona.

**Pakiet nr 5**

Fotel zabiegowy do chemioterapii

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Fotel zabiegowy do chemioterapii  | **szt.** | **6** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-fotel o konstrukcji kolumnowej, bezszwowej tapicerce i braku trudnodostępnych powierzchni umożliwiający skuteczną dezynfekcję

-materace pozwalające na wygodne przebywanie pacjenta podczas kilkugodzinnej terapii

-leże 3 – segmentowe z indywidualną regulacją każdego segmentu

-segmenty leża wykonane z płyty laminatowej HPL o charakterystyce antybakteryjnej

-segment pleców poszerzany i profilowany w celu zapewnienia większego komfortu pacjentowi

-segment nóg wyposażony w podpórkę stóp o regulowanym wysuwie

-fotel w pełni elektryczny z regulacją wysokości, segmentu pleców, segmentu siedziska, segmentu nożnego oraz funkcji Trendelenburga za pomocą pilota

-możliwość blokady poszczególnych funkcji elektrycznych

-podłokietniki z ergonomicznym systemem regulacji kąta położenia względem fotela jak i jego nachylenia

-możliwość demontażu podłokietników na czas transportu przez wąskie przejścia lub w celu konfiguracji fotela do stołu zabiegowego

-materac trzyczęściowy: segmentu pleców, segmentu siedziska i segmentu nożnego

-materace odpinane ułatwiające dostęp do leża i spodniej części materaca w celu mycia i dezynfekcji

-tapicerka wykonana z ognioodpornej syntetycznej skóry nadającej się do czyszczenia i dezynfekcji o właściwościach antybakteryjnych i przeciwgrzybicznych

-podstawa wyposażona w koła o średnicy 100mm z blokadą centralną i kierunkową kół

-uchwyt kroplówki

-szerokość segmentu pleców - 910 mm

-szerokość leża - 600 mm

-regulacja wysokości siedziska - 550-850 mm

-regulacja segmentu pleców - 76°

-regulacja segment podudzia - 45°

-funkcja Trendelenburga - 10°

-regulacja podparcia stóp - 265 mm

-maksymalne obciążenie - 200 kg

-zasilanie - 230V, AC 50/60Hz

**Pakiet nr 6**

Łóżko szpitalne uniwersalne, łóżko uniwersalne z wysięgnikiem, łóżko uniwersalne elektryczne oraz szafka przyłóżkowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Łóżko szpitalne uniwersalne | **szt.** | **13** |  |  |  |  |  |
| 2. | Łóżko szpitalne uniwersalne wysięgnikiem | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| 3. | Łóżko szpitalne uniwersalne elektryczne | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| 4. | Szafka przyłóżkowa | **szt.** | **20** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Łóżko szpitalne uniwersalne - 13szt +3 szt**

**Opis parametrów:**

-konstrukcja ze materiałów odpornych na promieniowanie UV

-leże 4- segmentowe wypełnione lamelami, łatwymi w dezynfekcji

-leże zabezpieczone krążkami odbojowymi, leże z kompatybilnym łatwozmywalnym materacem

-szczyty łóżka tworzywowe jednorodne bez miejsc i elementów łączonych, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu

-barierki boczne zgodne z normą bezpieczeństwa EN 60601-2-52 lub równoważne, w pełni zabezpieczające pacjenta, składane poniżej poziomu leża niepowodujące poszerzenia łóżka po złożeniu, jednorodne bez miejsc i elementów łączonych łatwych w czyszczeniu i dezynfekcji

-segment pleców oraz uda regulowany za pomocą mechanizmów regulacyjnych - bezwysiłkowa, bezstopniowa regulacja

-mechanizm regulacyjny z zabezpieczeniem przed przypadkowym uruchomieniem regulacji

-centralna blokada kół oraz blokada kierunkowa

-regulowana wysokość leża

-wymiary łóżka standardowe, wysokość leża do 550 mm, regulacja segmentu pleców do +70\*, regulacja segmentu uda do +34\*, bezpieczne obciążenie - 200 kg

-3 łóżka wyposażone w wysięgniki umożliwiające pacjentowi z ograniczoną ruchomością samodzielne uniesienie tułowia, zmianę pozycji

**Łóżko szpitalne uniwersalne elektryczne – 4szt.**

**Opis parametrów:**

-konstrukcja o wysokiej stabilności, ułatwiająca dezynfekcję (brak trudnodostępnych powierzchni)

-leże 4 - segmentowe z 3 segmentami ruchomymi, zabezpieczone krążkami odbojowymi

-leże wypełnione panelami przeziernymi dla RTG, łatwymi w dezynfekcji dzięki możliwości odejmowania, sterylizacji, niskiej wadze/waga elementów mniej niż 1 kg/, rozwiązania bez śrub i elementów łączonych

-minimalna wysokość leża 37 cm lub mniej, gwarantująca bezpieczne opuszczenie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu” z łóżka przez pacjenta,

-łóżko w pełni elektryczne z regulacją wysokości, segmentu pleców i uda, funkcji Trendelenburaga i AntyTrendelenburga

-barierki boczne tworzywowe dzielone konfigurowalne na całej długości łatwe do utrzymania w czystości

-funkcje sterowane jednym przyciskiem: reanimacyjna (CPR), autokontur, krzesło kardiologiczne, antyszokowa, przechyły wzdłużne

-system bezpieczeństwa zabezpieczający przed nieumyślnym uruchomieniem funkcji elektrycznych

-funkcja zerowania segmentów - elektryczna i mechaniczna

-układ elektryczny wyposażony w akumulator gwarantujący prace łóżka w sytuacji bez dostępu do prądu

-centralna i kierunkowa blokada kół

-szczyty tworzywowe, leże z kompatybilnym, łatwozmywalnym materacem

**Szafka przyłóżkowa -20 szt.**

**Opis parametrów:**

-bezpieczne blokowanie i odblokowanie kół szafki na wysokości ręki leżącego pacjenta

-dwustronna z możliwością postawienia po obu stronach łóżka, dodatkowy regulowany blat roboczy

-dwie szuflady wysuwane obustronnie – jedna pod blatem, druga kontener, półka wewnętrzna

-niezamykana z dostępem z obu stron szafki, półka na basen/obuwie pod korpusem szafki

**Pakiet nr 7**

Waga kubełkowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Waga kubełkowa | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-przeznaczona do ważenia osób niepełnosprawnych, na wózkach inwalidzkich

-składana konstrukcja łatwa w transporcie, zajmująca mało miejsca

-wbudowana rampa ułatwiająca umieszczenie pacjenta na wadze

-oprogramowanie wagi powinno odejmować wagę wózka i zachować wynik badania nawet po tym jak pacjenta nie ma już na wadze

-wymiary max.: 1105 x 915 x 1150mm

-nośność co najmniej 300kg

-podziałka: do 150kg - dokładność min.100g, powyżej 150kg - dokładność 200g

**Pakiet nr 8**

Wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej  | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-bezpieczna konstrukcja kolumnowa charakteryzująca się brakiem powierzchni trudnodostępnych, łatwych do czyszczenia i dezynfekcji

-bezpieczne obciążenie robocze powyżej 230 kg

-konstrukcja gwarantująca długotrwałość i bezawaryjność

-hydrauliczna nożna regulacja funkcji Anty- i Trendelenburga bez użycia rąk

-duże koła zwiększające mobilność i zmniejszające wysiłek fizyczny przy manewrowaniu wózkiem z możliwością blokowania z czterech stron

-zwrotność 360° również (piąte koło)

-obustronny dostęp do hydraulicznej regulacji wysokości

-regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową

-materac z wysuwanymi wkładkami, zabezpieczające pacjenta przy przemieszczaniu

-wskaźniki kąta nachylenia leża

-listwy na całej długości wózka, krążki odbojowe w narożnikach

-składane barierki boczne

-obudowa podwozia z wyprofilowanym pojemnikiem np. na butle z tlenem

-wyposażenia dodatkowe: pasy do mocowania pacjenta (1 komplet, uchwyt do przewożenia kroplówek- 1 szt.)

**Pakiet nr 9**

Kardiomonitor z osprzętem, monitor centralny, ssak mobilny, pulsoksymetr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Kardiomonitor z osprzętem | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| 2. | Monitor centralny | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| 3. | Ssak mobilny | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| 4. | Pulsoksymetr | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów – Kardiomonitor 1 szt.**

-monitor modułowy do monitorowania wszystkich grup wiekowych

-ekran o przekątnej 15cali

-waga do 8 kg

-zasilanie sieciowe 230V oraz akumulatorowe (co najmniej 60 min.)

-obsługa przez ekran dotykowy

-prezentacja do 15 krzywych dynamicznych jednocześnie

-24-godzinne trendy tabelaryczne oraz graficzne wszystkich monitorowanych parametrów

-funkcja „holterowska” 5 krzywych z 24 godzin

-oprogramowanie w języku polskim

-wbudowana karta sieciowa

-akcesoria do realizacji pomiaru Ekg, oddechu, kabel, SpO2, NIBP, IBN, CO2 (kabel główny Ekg, wodoodporny czujnik SpO2 na palec, wężyk do NIBP, wielorazowy mankiet do NIBP)

**Opis parametrów – Monitor centralny – 1 szt.**

-przeznaczony do zdalnego, zbiorczego nadzoru nad monitorami pacjenta i nadajnikami telemetrycznymi

-monitorowanie co najmniej 16 stanowisk jednoczasowo (z możliwością rozszerzenia)

-możliwość wyświetlenia okna zbiorczego przeglądu wszystkich monitorowanych pacjentów

-możliwość wyświetlenia okna monitorowania indywidualnego pacjenta

-trendy tabelaryczne i oraz graficzne

-zapis „holterowski” 8 krzywych

-możliwość retrospekcji danych do 5 ostatnich dni w formie tabelarycznej i graficznej

-pamięć do 1000 zdarzeń alarmowych/łóżko

-możliwość regulacji ustawień alarmów podłączonych monitorów

-możliwość zdalnego uruchomienia pomiaru NIBP

-obsługa w języku polskim

-sterowanie za pomocą myszy i klawiatury

-ekran kolorowy min, 23 cale

-akcesoria: mysz i klawiatura do sterowania centralą, zasilacz, drukarka sieciowa (format A4)

**Opis parametrów – Ssak mobilny – 1 szt.**

-ssak do odsysania płynów ustrojowych z jamy ustnej, nosa i tchawicy u osób dorosłych i dzieci

-wyposażony w dwa co najmniej 2 l przezierne zbiorniki z podziałką (co 100ml) z materiałów odpornych na działanie materiału biologicznego, nadające się do dezynfekcji i sterylizacji standardowymi środkami/technikami stosowanymi w placówkach ochrony zdrowia

-zbiorniki z zaworem zabezpieczającym przed przepełnieniem

-możliwość stosowania wkładów jednorazowych

-wyposażony w manometr i regulator podciśnienia (bar i kPa)

-całość umieszczona na stojaku z pięcioma kółkami z pedałem do sterowania nożnego

-obudowa wykonana z wysokiej jakości tworzywa odpornego na wysoką temperaturę oraz uszkodzenia mechaniczne nadająca się do standardowej dezynfekcji

-zasilanie - 230V/50Hz

-podciśnienie do 80 kPa

-przepływ maksymalny do 40l/min

-poziom hałasu do 62 dB

-waga do 10kg

-instrukcja w języku polskim

**Opis parametrów – Pulsoksymetr -1 szt.**

-czytelny, kolorowy ekran LCD

-prosta obsługa przez menu w języku polskim

-przystosowany do ewentualnego użytku w transporcie (lekki, małe wymiary)

-wyświetlanie wartości %SpO2, częstości pulsu, krzywej pletyzmograficznej

-alarmy przekroczenia ustawionych przez użytkownika wartości (alarm wizualny i dźwiękowy)

-możliwość monitorowania w trybie ciągłym lub trybie kontroli wyrywkowej

**Pakiet nr 10**

Iluminator (lokalizator) naczyń żylnych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Iluminator (lokalizator) naczyń żylnych | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

Skaner naczyń krwionośnych ułatwiający personelowi medycznemu wykonanie precyzyjnego wkłucia u pacjentów z trudnymi do lokalizacji żyłami (u osób dorosłych i dzieci), służy do wizualizacji żył powierzchniowych i tych leżących głębiej, pozwala uniknąć uszkodzenia żyły i związanych z tym powikłań.

**Opis parametrów:**

-co najmniej 5 godzin pracy ciągłej na jednym naładowaniu akumulatora

-co najmniej 5 trybów wyświetlania i jasności,

-co najmniej 3 tryby powiększania

- możliwość zapisywania i eksportu obrazów

-złącze USB do bezpiecznego przenoszenia danych

-asystent odległości umożliwiający zachowanie odpowiedniego odstępu od ramienia pacjenta-optymalna odległość odczytu 15-25 cm

-dokładne oznaczenie linii środkowej żyły na obrazie

-alarm przy niskim stanie naładowania akumulatora

-szybkie wybudzanie do pracy

-waga do 500 g, niewielkie rozmiary

-tryb wizualizacji naczyń głębokich

-wymagane również: ładowarka biurkowa, adapter sieciowy, instrukcja użytkowania w języku polskim.

**Pakiet nr 11**

Wózek funkcyjny

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Wózek funkcyjny | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-wykonany z materiałów o wysokiej wytrzymałości i trwałości, nadające się do dezynfekcji standardowymi środkami używanymi w placówkach ochrony zdrowia

-wymiary zewnętrzne wózka: wysokość -90 cm (+/- 5cm), szerokość – 83 cm (+/- 5cm), głębokość 72 cm (+/- 5cm)

-wyposażony w 6 szuflad 100 mm

-pojemniki szuflad jednoczęściowe – odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulację brudu

-wysoce mobilny układ jezdny – 4 koła, w tym 3 z blokadą, o średnicy 125 mm, z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, rozmieszczone w równych odstępach od siebie zwiększające zwrotność wózka

-listwa odbojowa chroniąca wózek i ściany przed uszkodzeniami

-blat zabezpieczony z czterech stron przed zsuwaniem się zawartości

-pojemnik na zużyte igły wpuszczony w blat wózka (specjalny otwór w blacie)

-otwieracz ampułek wbudowany w korpus wózka

-kosz na odpady

-do 2 przeźroczystych, umożliwiających identyfikację zawartości odchylane pojemniki (kieszenie)

-wysuwana spod blatu półka do pisania

-uchwyt na 2 pudełka rękawic jednorazowych

-wkład z regulacją do każdej szuflady

-jeden wózek z opcją nadstawki na leki z pojemnikami kieszeniami z przezroczystego tworzywa i półką ze stali nierdzewnej montowaną na nadstawce oraz wieszakiem kroplówki

**Pakiet nr 12**

Materac przeciwodleżynowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Materac przeciwodleżynowy  | **szt.** | **13** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

- system do wszystkich stopni odleżyn

-system napełniania komór 3:1

-zerowy nacisk

-modułowa konstrukcja komór materaca (zabezpieczenie przed przesuwaniem się komór)

-tryby działania: zmiennociśnieniowy, statyczny, symulacyjny

-automatyczne przełączenie w tryb zmiennociśnieniowy nie rzadziej niż co 60 min

-wyposażony w centralną pompę zasilającą

-alarmy (wizualny i dźwiękowy) braku zasilania oraz niskiego ciśnienia

-pokrowiec wodoodporny i paroprzepuszczalny

**Pakiet nr 13**

Fotel zabiegowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Fotel zabiegowy | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

- stabilna konstrukcja z materiałów odpornych na działanie materiału biologicznego oraz łatwych do utrzymania w czystości

- wyposażony w dwa podłokietniki

- regulacja podłokietników w zakresie do 180° oraz możliwość ich podniesienia lub obniżenia

- regulacja oparcia

**Pakiet nr 14**

Wózek inwalidzki

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Wózek inwalidzki | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis parametrów:**

-technologia umożliwiająca łatwe prowadzenie fotela i pokonywanie zakrętów

-centralny hamulec uruchamiany jednym ruchem

-kółka chroniące przed przewróceniem zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta

-sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi

-rama wykonana z wytrzymałych, łatwych do dezynfekcji materiałów

-pokrycie zaplecka i siedziska wytrzymałe na działanie materiału biologicznego, uszkodzenia mechaniczne i środki chemiczne, łatwe do dezynfekcji

-elementy ruchome – nieodłączalne

-maksymalne bezpieczne obciążenie 225 kg

-wbudowany wytrzymały, chromowany stojak na kroplówki

-wymiary całkowite max 105x75x115 cm (DxSZxW)

**Pakiet nr 15**

Aparat do pomiaru RR mobilny oraz aparat do pomiaru RR stacjonarny

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ SZT.**  | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NR KATALOGOWY** |
| 1. | Aparat do pomiaru RR mobilny | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| 2. | Aparat do pomiaru RR stacjonarny | **szt.** | **9** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Ciśnieniomierz mobilny– 3 szt.**

**Opis parametrów:**

-automatyczny ciśnieniomierz naramienny

- ekran LCD, łatwy do odczytania

- szybkie odczyty (ok.40 s)

- pamięć - pojemność na 200 odczytów

- panel wyświetlacza z klasyfikacją wartości ciśnienia krwi WHO (oznaczone kolorami)

- akumulator wewnętrzny umożliwiający do 1000 pomiarów przy pełnym naładowaniu

- częściowy tryb czuwania - wyłączenie oświetlenia tła po 10-15 s

-w komplecie: mankiet dla dorosłych (rozmiar M, 22-32) i duży mankiet dla dorosłych (rozmiar L + XL, 32-52 cm)

-łatwy do dezynfekcji standardowymi preparatami używanymi w placówkach ochrony zdrowia

-w komplecie zasilacz do ładowania aparatu

-lekki (do 600 g)

- zakres pomiaru ciśnienia: skurczowy: 60-255 mmHg, rozkurczowy: 30-200 mmHg

- zakres pomiaru tętna: 40-200 uderzeń na minutę

-funkcja wykrywania arytmii

-wyposażenie dodatkowe: wózek/stojak mobilny do montażu aparatu, kosz do przechowywania do montażu na odwrotnej stronie kolumny stojaka, instrukcja obsługi w języku polskim

**Ciśnieniomierz stacjonarny – 9 szt.**

**Opis parametrów:**

- automatyczny ciśnieniomierz naramienny

- detekcja nieregularnego rytmu serca

-lekki (do 500g)

- zakres pomiaru ciśnienia: 0 - 300 mmHg, dokładność wskazania ciśnienia: ± 3 mmHg

- zakres pomiaru tętna: 40 -180 uderzeń / min, dokładność wskazania tętna: ± 5%

- wskaźnik poziomu ciśnienia krwi zgodny z wytycznymi WHO

-funkcja automatycznego wyłączenia

- cyfrowy podświetlany ekran ciekłokrystaliczny LCD

- 2 mankiety S/M oraz L/XL (22 - 32 cm i 32 - 42 cm)

-instrukcja w języku polskim

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 ( Wykonawca) (Data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego pn. **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny” – Zp/23/PN/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 działaność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

**4.OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr .... 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 …….. (**z wyjątkiem pakietu nr 4,** należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)

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

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

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

……………………………………………………... złotych),

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

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

6. Udzielamy ………. miesięcy gwarancji\*

7. **Dla pakietu nr 4**

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

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

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

……………………………………………………... złotych),

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

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

Gwarantujemy dla pakietu nr 4 **(zaznaczyć właściwe):**

Ilość niezależnych kanałów odbiorczych: min. 10 000 000: **10 000 000 – 0 pkt. > 10 000 000 – 5 pkt.**

Maksymalna głębokość penetracji od czoła głowicy min. 42 cm: **42cm – 0 pkt. od 43 cm do 48 cm – 2 pkt. > 48 cm – 5 pkt.**

Kąt pola skanowania (widzenia) min. 110 stopni: **110 st. – 0 pkt. > 110 st. –5 pkt.**

Ilość elementów min. 1 500: **1500 – 0 pkt. > 1500 –5 pkt.**

Kąt skanowania min. 110 st.: **110 st. – 0 pkt. > 110 st. – 5 pkt.**

Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne z możliwością wykonywania pomiarów min. 100 cm: **100 cm – 0 pkt. od 101 cm do 200 cm – 2 pkt. > 200 cm –5 pkt.**

Możliwość rozbudowy o oddzielną analizę wsierdzia i nasierdzia oraz możliwość uśrednienia uzyskanych wyników.: **Tak –5 pkt. Nie – 0 pkt.**

Możliwość rozbudowy o automatyczne wyznaczanie frakcji wyrzutowej z obrazu 2D oraz GLS Global Longitudal Strain w projekcji 2 i 4 jamowej: **Tak –5 pkt. Nie – 0 pkt.**

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 ( dla pakietów 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15)*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).*Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer[], data[], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S:**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie** postępowania **o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa:  | **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego** |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): |  **Zp/23/PN/23** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ][ ] |
| Adres pocztowy:  | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):Telefon:Adres e-mail:Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……][……][……][……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):**czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego?**Jeżeli tak,**jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych?Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie[…][….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:**Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.** a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10):d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?**Jeżeli nie:****Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.****WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:  | a) [……]b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……]c) [……]d) [] Tak [] Niee) [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. |
| **Jeżeli tak**:a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.):b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia:c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]b): [……]c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko, wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane:  | [……],[……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V?  | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] NieJeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców: […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;

**korupcja[[14]](#footnote-14)**;

**nadużycie finansowe****[[15]](#footnote-15)**;

**przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**

**pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**

**praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje?  | [] Tak [] NieJeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20):a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania;b) wskazać, kto został skazany [ ];**c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]b) [……]c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („**samooczyszczenie”)**? | [] Tak [] Nie  |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać:a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy;b) jakiej kwoty to dotyczy?c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków:1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?Proszę podać datę wyroku lub decyzji.W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie[] Tak [] Nie[……][……]c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie[] Tak [] Nie[……][……]c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[[24]](#footnote-24)[……][……][……] |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)?[] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji:a) **zbankrutował**; lubb) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lubc) zawarł **układ z wierzycielami**; lubd) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lube) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lubf) jego działalność gospodarcza jest zawieszona?**Jeżeli tak:**Proszę podać szczegółowe informacje:Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[……][……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca** zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy[…] |
| **Czy wykonawca lub** przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że:**nie jest** winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;b) **nie zataił** tych informacji;c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; orazd) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | Nie dotyczy |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki:  | [] Tak [] Nie[……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

**: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji**

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**~~A: Kompetencje~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Kompetencje~~** | **~~Odpowiedź~~** |
| **~~1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym~~** ~~prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy~~~~[[32]](#footnote-32)~~~~:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[…](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| **~~2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:~~**~~Czy konieczne jest~~ **~~posiadanie~~** ~~określonego~~ **~~zezwolenia lub bycie członkiem~~** ~~określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] NieJeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jego („ogólny”)~~ **~~roczny obrót~~** ~~w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~**~~:i/lub~~**~~1b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[33]](#footnote-33)~~ ~~(~~**~~)~~**~~:~~**~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~2a) Jego roczny („specyficzny”)~~ **~~obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem~~** ~~i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:~~**~~i/lub~~**~~2b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[34]](#footnote-34)~~~~:~~**~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) W odniesieniu do~~ **~~wskaźników finansowych~~~~[[35]](#footnote-35)~~** ~~określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e):Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y~~~~[[36]](#footnote-36)~~ ~~– oraz wartość):[……], [……]~~~~[[37]](#footnote-37)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~5) W ramach~~ **~~ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego~~** ~~wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:~~**~~Jeżeli t~~**~~e informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~6) W odniesieniu do~~ **~~innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych~~**~~, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, żeJeżeli odnośna dokumentacja, która~~ **~~mogła~~** ~~zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~C: Zdolność techniczna i zawodowa~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Zdolność techniczna i zawodowa~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~1a) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na roboty budowlane~~**~~:W okresie odniesienia~~~~[[38]](#footnote-38)~~ ~~wykonawca~~ **~~wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju~~**~~: Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]Roboty budowlane: [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~1b) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi~~**~~:W okresie odniesienia~~~~[[39]](#footnote-39)~~ ~~wykonawca~~ **~~zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju~~**~~:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych~~~~[[40]](#footnote-40)~~~~:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]~~

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~Opis~~ | ~~Kwoty~~ | ~~Daty~~ | ~~Odbiorcy~~ |
|  |  |  |  |

 |
| ~~2) Może skorzystać z usług następujących~~ **~~pracowników technicznych lub służb technicznych~~~~[[41]](#footnote-41)~~**~~, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:~~ | ~~[……][……]~~ |
| ~~3) Korzysta z następujących~~ **~~urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości~~**~~, a jego~~ **~~zaplecze naukowo-badawcze~~** ~~jest następujące:~~  | ~~[……]~~ |
| ~~4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy~~ **~~zarządzania łańcuchem dostaw~~** ~~i śledzenia łańcucha dostaw:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~5)~~ **~~W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:~~**~~Czy wykonawca~~ **~~zezwoli~~** ~~na przeprowadzenie~~ **~~kontroli~~~~[[42]](#footnote-42)~~** ~~swoich~~ **~~zdolności produkcyjnych~~** ~~lub~~ **~~zdolności technicznych~~**~~, a w razie konieczności także dostępnych mu~~ **~~środków naukowych i badawczych~~**~~, jak również~~ **~~środków kontroli jakości~~**~~?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |
| ~~6) Następującym~~ **~~wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi~~** ~~legitymuje się:a) sam usługodawca lub wykonawca:~~**~~lub~~** ~~(w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):b) jego kadra kierownicza:~~ | ~~a) [……]b) [……]~~ |
| ~~7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące~~ **~~środki zarządzania środowiskowego~~**~~:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~8) Wielkość~~ **~~średniego rocznego zatrudnienia~~** ~~u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące~~ | ~~Rok, średnie roczne zatrudnienie:[……], [……][……], [……][……], [……]Rok, liczebność kadry kierowniczej:[……], [……][……], [……][……], [……]~~ |
| ~~9) Będzie dysponował następującymi~~ **~~narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi~~** ~~na potrzeby realizacji zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~10) Wykonawca~~ **~~zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom~~~~[[43]](#footnote-43)~~** ~~następującą~~ **~~część (procentową)~~** ~~zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~11) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~:Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności.Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~12) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~:Czy wykonawca może przedstawić wymagane~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez urzędowe~~ **~~instytuty~~** ~~lub agencje~~ **~~kontroli jakości~~** ~~o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[…](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych~~ **~~norm zapewniania jakości~~**~~, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~**~~?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~** ~~mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:~~**

**~~Wykonawca oświadcza, że:~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Ograniczanie liczby kandydatów~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~W następujący sposób~~ **~~spełnia~~** ~~obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej~~~~[[44]](#footnote-44)~~~~, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich:~~ | ~~[….][] Tak [] Nie~~~~[[45]](#footnote-45)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~~~[[46]](#footnote-46)~~ |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis(-y): [……]

*Załącznik nr 4a do SWZ*

 **Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. 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).

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ*,* polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………………………………………………………...…………………………………….… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
w następującym zakresie: …………………………………………………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**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.

 …………………………………….

  *Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 4b do SWZ*

 *( jeżeli dotyczy )*

 **Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTEPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.

1. 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).

**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.

 …………………………………….

  *Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

a) art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,

b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

**są nadal aktualne**

oraz:

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy o**:

* braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu\*,
* przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*.

***\*niepotrzebne skreślić***

Dnia ………………r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23,**  prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania , o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy, odnośnie do naruszenia obowiązków dotyczących płatności podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170)

**są nadal aktualne**

Dnia ………………r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum oraz Spółki Cywilne):**

…………………………………….

…………………………………….

*(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. **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/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 8 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 **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(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)

*Załącznik nr 9 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 **Doposażenie Oddziału Hematologii w ramach realizacji projektu „Wzrost dostępności infrastruktury i usług szpitala w Wałbrzychu dla osób niepełnosprawnych i szczególnie potrzebujących zgodnie ze standardami Dostępności Ministerstwa Zdrowia –poprzez program inwestycyjny”- Zp/23/PN/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 10 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 2022 r. 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)

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.
W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

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 przedsiębiorstwa: 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**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)