Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet 1**

**Urządzenia myjące i dezynfekujące**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOSĆ NETTO** | **STAWKA VAT** | **WARTOSĆ BRUTTO** |
| **1.** | Świadczenie usług serwisowych – Urządzenia myjące i dezynfekujące – Myjnie-dezynfektory, Suszarka do elementów aparatury i sprzętu anestezjologicznego oraz Zgrzewarki. |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno– eksploatacyjnej Urządzeń sterylizacyjnych i obejmują:

- okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;

- dojazdy, diagnozy, kalibracje i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;

- sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;

- czas naprawy bez użycia części zamiennych – do 3 dni roboczych ;

- czas naprawy z użyciem części zamiennych – do 7 dni roboczych ;

- zalecane przez producenta modyfikacje oprogramowania i konstrukcji, poprawiające wydajność pracy i bezpieczeństwo

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta. Części użyte do napraw muszą być fabrycznie nowe i dopuszczone do stosowania przez wytwórcę urządzenia.

2. Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, udokumentowane certyfikatem.

3. Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

4. Ze względu na charakter zamówienia Wykonawca posiadający autoryzację producenta, potwierdzoną oświadczeniem producenta, otrzyma dodatkowe punkty przy ocenie ofert.

5. Wykonawca wspólnie z Przedstawicielem Zamawiającego jest obowiązany prowadzić w siedzibie Zamawiającego dokumentację, określającą terminy następnych przeglądów, konserwacji i działań serwisowych, wynikające z instrukcji użytkowania i zaleceń producenta (planowe wymiany części, zestawy przeglądowe).

6. Wykonanie przeglądu technicznego musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac.

7. Wykonanie naprawy musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac i wyszczególnieniem części wymiennych.

Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 24 miesięcy.

Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 24 równych ratach.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Rok Prod.** | **Producent** | **Data następnego przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Myjnia ultradźwiękowa | SONIC 33 | 136395 | 2013 | POLSONIC Palczyński Sp. J. | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 2. | Myjnia-dezynfektor | PG 8528 | 074370901 | 2013 | MIELE Niemcy | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 3. | Myjnia-dezynfektor | PG 8528 | 074370900 | 2013 | MIELE Niemcy | 21-11-2023 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 4. | Myjnia-dezynfektor | PG 8528 | 074370899 | 2013 | MIELE Niemcy | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 5. | Myjnia-dezynfektor | PG 8825 | 126460013 | 2013 | MIELE Niemcy | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 6. | Suszarka do elementów aparatury i sprzętu anestezjologicznego. | DC 2200 | 13322200.01 | 2013 | FRANKE Finlandia | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 7. | Zgrzewarka | rotacyjna (rolkowa) hm 3010 DC-V | 468358/0913 | 2013 | HAWO Niemcy | 20-09-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 8. | Zgrzewarka | rotacyjna (rolkowa) hm 3010 DC-V | 468359/0913 | 2013 | HAWO Niemcy | 20-09-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 9. | Zgrzewarka | rotacyjna (rolkowa) hm 3010 DC-V | 468357/0913 | 2013 | HAWO Niemcy | 20-09-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 10. | Zgrzewarka | rotacyjna (rolkowa) hm 3010 DC-V | 468356/0913 | 2013 | HAWO Niemcy | 20-09-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |

**Pakiet 2**

**Urządzenia sterylizacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOSĆ NETTO** | **STAWKA VAT** | **WARTOSĆ BRUTTO** |
| **1.** | Świadczenie usług serwisowych – Urządzenia sterylizacyjne – Sterylizatory. |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |

1. Wykonywane prace w ramach zamówienia polegają na utrzymaniu w pełnej sprawności techniczno– eksploatacyjnej Urządzeń sterylizacyjnych i obejmują:

- okresowe przeglądy techniczne i konserwacje określone przez producenta;

- dojazdy, diagnozy, kalibracje i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części;

- sprawdzenie i kontrola bezpieczeństwa;

- czas naprawy bez użycia części zamiennych – do 3 dni roboczych

- czas naprawy z użyciem części zamiennych – do 7 dni roboczych

- zalecane przez producenta modyfikacje oprogramowania i konstrukcji, poprawiające wydajność pracy i bezpieczeństwo

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

Zakres prac jest uzależniony od wymogów producenta wyrobu medycznego. Świadectwo autoryzacji zgodne z deklaracją producenta. Części użyte do napraw muszą być fabrycznie nowe i dopuszczone do stosowania przez wytwórcę urządzenia.

2. Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, udokumentowane certyfikatem.

3. Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

4. Ze względu na charakter zamówienia Wykonawca posiadający autoryzację producenta, potwierdzoną oświadczeniem producenta, otrzyma dodatkowe punkty przy ocenie ofert.

5. Wykonawca wspólnie z Przedstawicielem Zamawiającego jest obowiązany prowadzić w siedzibie Zamawiającego dokumentację, określającą terminy następnych przeglądów, konserwacji i działań serwisowych, wynikające z instrukcji użytkowania i zaleceń producenta (planowe wymiany części, zestawy przeglądowe).

6. Wykonanie przeglądu technicznego musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac.

7. Wykonanie naprawy musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac i wyszczególnieniem części wymiennych.

Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 24 miesięcy.

Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 24 równych ratach.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Rok Prod.** | **Producent** | **Data następnego przeglądu** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Sterylizator parowy | EC280 | E-28089 | 2013 | WEBECO Matachana Group | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 2. | Sterylizator parowy | EC280 | E-28090 | 2013 | WEBECO Matachana Group | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |
| 3. | Sterylizator parowy | EC280 | E-28088 | 2013 | WEBECO Matachana Group | 21-05-2024 | Zakład Centralnej Sterylizacji |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/16/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. **OSWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2024r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2024 r. (Dz. U. 2023 poz. 1893).

6. Oferujemy świadczenie usługi o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie (**za cały okres trwania umowy - 24 miesiące**):

**Pakiet nr 1 – Urządzenia myjące i dezynfekujące**, w kwocie :

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

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

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

**w tym miesięczne wynagrodzenie w kwocie:**

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

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

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

**Czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia .........godzin\***

**Autoryzacja producenta :** **TAK**; **NIE** (zaznaczyć właściwe)

**Pakiet nr 2 – Urządzenia sterylizacyjne**, w kwocie :

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

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

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

**w tym miesięczne wynagrodzenie w kwocie:**

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

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

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

**Czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia ......godzin\***

**Autoryzacja producenta :** **TAK**; **NIE** (zaznaczyć właściwe)

7. OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

1. ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.
2. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.
3. OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

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

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

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

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

*\* (maksymalny czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia – 12 godzin).*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,, Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/16/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(data, podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………....................

………………………………………… *(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(data, podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,, Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/16/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(data, podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,, Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/16/TP/24**, 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:

……………………………………………………………………………………………..........

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,, Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy ” - Zp/16/TP/24** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

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

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

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

Przedmiot Zamówienia **: ,, Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy ” - Zp/16/TP/24**

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz usług**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/16/TP/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych usług, w tym m.in.** | **Termin realizacji zamówienia** | | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość usług** |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie**  **(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej usługi wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

…………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

...................................................... ...................................................... …………………

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy- Zp/16/TP/24.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** | |
|  |  |  | |  |

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

(data, podpis)

1. *Załącznik nr 10 do SWZ*

**…….……………………..**

Wykonawca

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dot. Świadczenie usług serwisowych urządzeń myjących, dezynfekujących i sterylizacyjnych będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy**

**Oświadczam, że;**

* spełniam wymogi ustawy z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974),
* jestem podmiotem uprawnionym do wykonywania obsługi serwisowei aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWZ.

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

*(data i podpis)*