*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***ILOŚĆ SZT.*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***STAWKA VAT*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT I NR KATALOGOWY*** |
| ***1.*** | **Cewka do obrazowania stawu barkowego** | **1** |  |  |  |  |
| ***2.*** | **Cewka do obrazowania stawu skokowego i stopy** | **1** |  |  |  |  |
| ***3.*** | **Cewka do obrazowania piersi i wykonywania biopsji piersi 7 kanałowa** | **1** |  |  |  |  |
| ***4.*** | **Akcesoria** | **1 zestaw** |  |  |  |  |
| ***5.*** | **Adapter do cewki biopsyjnej piersi** | **1** |  |  |  |  |
| ***6.*** | **Cewka 18 kanałowa do obrazowania piersi** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym – Aparat: model: MAGNETOM Altea, oprogramowanie - syngo MR XA51, nr seryjny – 190273.

**Pozycja 1: cewka do obrazowania stawu barkowego**

- Cewka powinna służyć do badań lewego lub prawego barku, składa się z 16-kanałowej cewki naramiennej kompatybilnej z iPAT, umieszczonej w elastycznej obudowie, którą można formować wokół zarówno małych, jak i dużych barków. Do zestawu powinna być dołączona poduszka w kształcie litery L ułatwiająca pozycjonowanie pacjenta. 16-elementowa cewka z 16 zintegrowanymi przedwzmacniaczami zapewnia maksymalny stosunek sygnału do szumu.

**Pozycja 2: cewka do obrazowania stawu skokowego i stopy**

- Cewka 16 kanałowa służy do badań lewej lub prawej stopy i stawu skokowego, składa się z płyty bazowej oraz 16-kanałowej cewki kompatybilnej z iPAT i umożliwia obrazowanie stopy i stawu skokowego w jednym badaniu w wysokiej rozdzielczości. Cewka 16 kanałowa powinna być cewką bezprzewodową i jest podłączana za pomocą DirectConnect, co umożliwia szybkie i łatwe przygotowanie pacjenta

**Pozycja 3: cewka do obrazowania piersi i wykonywania biopsji piersi 7 kanałowa**

- 7-kanałowa cewka do obrazowania piersi i biopsji powinna zapewniać niezwykły komfort pacjenta, doskonałą jakość obrazu oraz dużą wszechstronność. - Komfort pacjenta: Szeroki klin umożliwia podparcie pacjentki w miejscu styku brzucha i żeber. Połączony jest z podpórką pod głowę o regulowanej wysokości, ramą, która mieści nawet duże piersi oraz wygodnymi poduszkami dla krytycznych obszarów, takich jak ramię i mostek. - Jakość obrazu: Siedem kanałów cewki jest zawsze aktywnych, nawet w konfiguracji do biopsji. Konstrukcja elementów odbiorczych została zoptymalizowana tak, by uzyskać wysoki SNR i równomiernie rozłożony współczynnik czułości. - Wszechstronność: Cewka zapewnia łatwą obsługę i solidną budowę, a w połączeniu z opcją Biopsy Starter Kit #BM obsługuje zarówno biopsję metodą Grid, jak i Post/Pillar nawet dla trudno dostępnych obszarów anatomicznych. Oświetlenie LED dodatkowo usprawnia przebieg biopsji. Dostępny jest opcjonalny system kompresji poprzecznej dla zoptymalizowanego obrazowania skanów poprzecznych. Cewka może być używana zarówno przy pozycji głową, jak i nogami do przodu. Można ją również łączyć z innymi cewkami matrycowymi (np. Body 18) w celu dalszego zwiększenia obrazowanej objętości.

**Pozycja 4: Akcesoria**

- Zestaw akcesoriów do cewki Breast dla aparatów 70 cm, zawiera trzy elementy: - klin łączący 70, który podpiera brzuch pacjentki, układany na cewce do badania kręgosłupa, - podpórkę pod głowę z regulacją wysokości, oraz - poduszkę podpierającą ramiona pacjentki w pozycji uniesionej. Akcesoria te są wspólne dla cewek Breast 18 i Breast 7

**Pozycja 5: Adapter do cewki biopsyjnej piersi**

- Adapter Breast 70 cm zawiera mechaniczny adapter umożliwiający umieszczenie cewki na cewce do badania kręgosłupa

**Pozycja 6: cewka 18 kanałowa do obrazowania piersi**

- Główne cechy 18-kanałowej cewki Breast: - 18-elementowa konstrukcja z 18 zintegrowanymi przedwzmacniaczami. - Cewka posiada 8 elementów obrazujących rozmieszczonych wokół każdej z piersi oraz 2 elementy dla okolic pachy. - Waży tylko 5,5 kg (wraz z ramą pozycjonującą). - W zestawie znajduje się bardzo szeroki klin podtrzymujący brzuch oraz wygodna poduszka na ramiona. - Cewka może pomieścić piersi o objętości do około 2,2 litra każda i posiada regulowane elementy unieruchamiające dla każdej z piersi. - Regulowane podparcie głowy zapewnia pacjentowi komfort.

**Opis wymaganych parametrów technicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** | **Punktacja**  |
| 1. | **Cewka do badania barku** | - | - | - |
| 2. | Cewka umożliwiająca wykonywania badań lewego lub prawego barku | Tak |  |  |
| 3. | Cewka wykonana w postaci konstrukcji sztywnej wyposażonej w elastyczne końcówki, pozwalające na formowanie wokół mniejszych i większych barków | Tak |  |  |
| 4. | Cewka naramienna posiadająca min. 12 kanałów odbiorczych  | Tak, podać liczbę kanałów |  | 12 kanałów – 0 pkt13-15 kanałów – 3 pkt> 15 kanałów – 5 pkt |
| 5. | Cewka kompatybilna z technikami obrazowania równoległego typu iPAT | Tak |  |  |
| 6. | **Cewka do badania stawu skokowego** | - | - | - |
| 7. | Cewka umożliwiająca wykonywania badań lewej lub prawej stopy i stawów skokowych | Tak |  |  |
| 8. | Cewka wykonana w postaci konstrukcji sztywnej tzw. kominek | Tak |  |  |
| 9. | Cewka posiadająca min. 12 kanałów odbiorczych  | TakPodać liczbę kanałów |  | 12 kanałów – 0 pkt13-15 kanałów – 3 pkt> 15 kanałów– 5 pkt |
| 10. | Cewka kompatybilna z technikami obrazowania równoległego typu iPAT | Tak |  |  |
| 11. | Cewka podłączana bezprzewodowo za pomocą łącza DirectConnect, umożliwiając szybkie i łatwe przygotowanie pacjenta | Tak/NiePodać |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
| 12. | **Cewka do badań diagnostycznych piersi** | - | - | - |
| 13. | Cewka umożliwiająca wykonywania badań jednostronnych i obustronnych piersi | Tak |  |  |
| 14. | Cewka posiadająca min. 16 kanałów odbiorczych  | TakPodać liczbę kanałów |  | 16 kanałów – 0 pkt> 16 kanałów– 5 pkt |
| 15. | Cewka kompatybilna z technikami obrazowania równoległego typu iPAT | Tak |  |  |
| 16. | Cewka wyposażona w akcesoria ułatwiające pozycjonowanie podczas badania | Tak |  |  |
| 17. | **Cewka do badań piersi z możliwością biopsji** | - | - | - |
| 18. | Cewka umożliwiająca wykonywania badań piersi oraz pozwalająca na biopsję piersi pod kontrolą rezonansu magnetycznego | Tak |  |  |
| 19. | Cewka posiadająca min. 4 kanały odbiorcze | TakPodać liczbę kanałów |  | 4 kanały – 0 pkt5-6 kanałów – 3 pkt> 6 kanałów – 5 pkt |
| 20. | Cewka kompatybilna z technikami obrazowania równoległego typu iPAT | Tak |  |  |
| 21. | Cewka wyposażona w akcesoria ułatwiające pozycjonowanie podczas badania | Tak |  |  |
| 22. | Cewka wyposażona w zintegrowane oświetlenie pola biopsji  | Tak/NiePodać |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

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

**Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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 Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

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

5. Oferujemy dostawę sprzętu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

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

Gwarantujemy **(zaznaczyć właściwe):**

* Cewka do badania barku - naramienna posiadająca min. 12 kanałów odbiorczych: **12 kanałów / 13-15 kanałów / > 15 kanałów**
* Cewka do badania stawu skokowego - posiadająca min. 12 kanałów odbiorczych**: 12 kanałów / 13-15 kanałów / > 15 kanałów**
* Cewka do badania stawu skokowego - podłączana bezprzewodowo za pomocą łącza DirectConnect, umożliwiając szybkie i łatwe przygotowanie pacjenta: **Tak / Nie**
* Cewka do badań diagnostycznych piersi - posiadająca min. 16 kanałów odbiorczych: **16 kanałów / > 16 kanałów**
* Cewka do badań piersi z możliwością biopsji - posiadająca min. 4 kanały odbiorcze: **4 kanały** **/ 5-6 kanałów / > 6 kanałów**
* Cewka do badań piersi z możliwością biopsji - wyposażona w zintegrowane oświetlenie pola biopsji: **Tak / Nie**

Udzielamy ........... **miesięcy gwarancji**\*

1. 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.

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)

*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 EURO***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

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

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na „ Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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 i 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 i 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 i 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 i podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „ Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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 i 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 i 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 i podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

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

…………………………………….

…………………………………….

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

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

**składane na podstawie**

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

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

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

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **„ Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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 i 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 pod nazwą: **„ Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( data i 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 : **Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/TP/24**

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

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym pn. **Dostawa cewek do badań diagnostycznych obrazowania w rezonansie magnetycznym - Zp/33/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 dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

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

 …………………………………….

  *(data i podpis)*

*Załącznik nr 9 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.

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

 *( data, podpis)*