*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Przedmiotem zamówienia jest całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału stacji dializ producenta B.Braun, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu.**

**Zamawiający wymaga stacjonarnej obecności osoby przydzielonej do obsługi technicznej stacji przez 7 dni w tygodniu w godzinach 07.00-15.00 oraz zapewnienia doraźnej obsługi w pozostałych godzinach z czasem reakcji od momentu zgłoszenia nie dłuższym niż 1 godzina.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1. | Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału stacji dializ – ryczałt za okres 6 miesięcy |  |  |  |
| **Razem** |  |

***STACJA UZDATNIANIA WODY DO HEMODIALIZY***

Głównym zadaniem jest utrzymanie w pełnej sprawności stację uzdatniania wody poprzez mieszanie, transport i rozdział koncentratów zapewniając pod względem technicznym ich pracę w trybie ciągłym.

Zakres czynności obsługowych:

1. Wykonywanie bieżących czynności eksploatacyjno - konserwacyjnych w tym czyszczenia, płukania i dezynfekcji linii dystrybucji - zgodnie z wytycznymi producenta firmy B.Braun z wyłączeniem przeglądów technicznych i skomplikowanych napraw.
2. Wymiana złóż filtracyjnych i uzupełnianie soli pastylkowej.
3. Kontrola stanu pracy:

-poprawności działania sterowania i sprawdzenie parametrów nastaw

-stanu filtrów i szczelności instalacji

- instalacji zmiękczania, parametrów wody zmiękczonej

- pracy zespołu odwróconej osmozy

- stanu instalacji pętli dystrybucyjnej, szczelności szybkozłączek

1. W przypadku zaistnienia awarii powiadomienie zleceniodawcy o konieczności wezwania autoryzowanego serwisu producenta.
2. Nadzór nad poborem próbek wody na badanie mikrobiologiczne i fizyko- chemiczne.
3. Prowadzenie szczegółowej dokumentacji stacji uzdatniania wody do hemodializy obejmującej:

- rejestrację bieżących usterek i wykonywanie czynności naprawczych

- rejestracje wykonywania czynności eksploatacyjno- konserwacyjnych

- codzienną rejestrację parametrów stacji uzdatniania wody do hemodializy

 ***APARATY DO HEMODIALIZY***

Głównym zadaniem jest utrzymanie w pełnej sprawności sztuczne nerki firmy B.Braun oraz fotele dializacyjne na oddziale dializ, które są w ciągłym użytkowaniu poprzez ich konserwację oraz zapewnienie niezbędnej rezerwy / w Tab. nr 1 ujęto wykaz sprzętu podlegającego obsłudze/.

Zakres czynności obsługowych:

1. Wykonywanie bieżących czynności eksploatacyjno – konserwacyjnych - zgodnie z wytycznymi producenta, z wyłączeniem przeglądów technicznych.
2. Konfiguracja aparatów według potrzeb Użytkownika.
3. Usuwanie bieżących usterek aparatów, a w przypadku skomplikowanych awarii powiadamianie Zleceniodawcy o konieczności wezwania autoryzowanego serwisu Producenta.
4. Prowadzenie szczegółowej dokumentacji aparatów obejmującej:

- rejestrację bieżących usterek i wykonywanie czynności naprawczych

- rejestrację wykonywania czynności eksploatacyjno- konserwacyjnych.

**CZAS TRAWANIA UMOWY**

Czas trwania umowy określono na 6 miesięcy.

**Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 6 równych ratach.**

**Tabela nr 1 – Wykaz aparatury i sprzętu Oddziału Stacji Dializ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Nr Seryjny** | **Rok Produkcji** | **Producent** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + | 29151 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 2. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + | 29152 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 3. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + | 29154 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 4. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + | 29156 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 5. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + HDF-ONLINE: 7102072 | 300779 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 6. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG + HDF-ONLINE: 7102072 | 300725 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 7. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG A+ | 33422  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 8. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG A+ | 29633  | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 9. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG A+ | 29632 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 10. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG A+ | 33419  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 11. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG B+ | 33521  | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 12. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG B+ | 32326  | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 13. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG B+ | 32330  | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 14. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+ 710500C | 25852  | 2006 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 15. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+ 710500C | 30929 | 2007 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 16. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+EVOLUTION HDF 7102072 | 316954 | 2020 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 17. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+EVOLUTION HDF 7102072 | 316952 | 2020 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 18. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+EVOLUTION HDF 7102072 | 316955 | 2020 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 19. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+EVOLUTION HDF 7102072 | 316951 | 2020 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 20. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | DIALOG+EVOLUTION HDF 7102072 | 316953 | 2020 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 21. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203278 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 22. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203675 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 23. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203671 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 24. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203672 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 25. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203678 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 26. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203680 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 27. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203713 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 28. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203670 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 29. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203711 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 30. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203677 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 31. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203673 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 32. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203712 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 33. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203279 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 34. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203676 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 35. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203674 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 36. | Aparat do hemodializy-sztuczna nerka | HD-DIALOG B+ 710201C | 203679 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 37. | Aparat do terapii | Diapact CRRT | 02327 |   |   | Stacja Dializ |
| 38. | Dystybucja koncentratu | CCS-PI | 900324 | 2013 | LAUER | Stacja Dializ |
| 39. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08348  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 40. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08351 | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 41. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08352  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 42. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08355  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 43. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08356  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 44. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08357  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 45. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | 08359  | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 46. | Fotel dializacyjny  | COMFORT 2F | C2F07283 | 2008 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 47. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130714 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 48. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130703 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 49. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x201307-4 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 50. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130705 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 51. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130706 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 52. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130707 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 53. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130708 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 54. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130709 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 55. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130710 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 56. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130711 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 57. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130712 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 58. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130713 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 59. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130715 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 60. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130716 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 61. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130717 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 62. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130718 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 63. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130719 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 64. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130720 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 65. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130721 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 66. | Fotel dializacyjny  | COMFORT-4 ECO | C4E4x20130722 | 2013 | B.Braun Avitum Niemcy | Stacja Dializ |
| 67. | Mieszalnik koncentratu | KPS 50012 | AF13-005379 | 2013 | B.BRAUN AVITUM Poland Sp. z o.o. | Stacja Dializ |
| 68. | Stacja uzdatniania wody | RO Dia IIC 1600 | 200761 | 2013 | LAUER | Stacja Dializ |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (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 przeprowadzania negocjacji na: **Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy nr Zp/17/TP-17/21.**

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 nr 3, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**5.OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

6.Oferujemy świadczenie usługi na:

**Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału stacji dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu za wynagrodzeniem ryczałtowym za cały okres trwania umowy – 6 miesięcy** w kwocie:

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

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

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

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

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

**w tym miesięczna rata w kwocie:**

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

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

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

7. **Doświadczenie zespołu w zakresie obsługi technicznej urządzeń oddziału stacji dializ lub innej aparatury medycznej (co najmniej 1 osoby)\*\*:**

1. Ilośc osób w zespole w zakresie obsługi technicznej urządzeń oddziału stacji dializ lub innej aparatury medycznej .......................................
2. Doświadczenie osób w zespole w zakresie obsługi technicznej urządzeń oddziału stacji dializ lub innej aparatury medycznej:

1. *Imię i nazwisko członka zespołu:
………………………………………………………………..lat doświadczenia
2. Imię i nazwisko członka zespołu:
………………………………………………………………..lat doświadczenia*

(rozszerzyć w miarę potrzeb)

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.***

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

 *\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*\*\* Wymagane co najmniej 2 letnie doświadczenie.*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**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. **Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy –Zp/17/TP-17/21** 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, 5, 7 i 8 ustawy Pzp.**

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(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 4,5,7 i 8 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………… *(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.

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

 …………………………………………

 *(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. **Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy –Zp/17/TP-17/21** 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, 5, 7 i 8 ustawy Pzp.**

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(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 4,5,7 i 8 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………… *(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.

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP,Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

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

**Prawo zamówień publicznych(Dz.U. z 2019r. poz.2019,ze zm.)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy** wzakresie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(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………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

…………………………………………………………………….

(Data)

*Załącznik nr 6 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

 Przystępując do udziału w postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego na „**Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy**”Zp/17/TP-17/21 niniejszym **oświadczam, że osoby biorące bezpośredni udział w wykonywaniu przedmiotowej usługi zatrudnione przez Wykonawcę lub podwykonawcę zatrudnione są na podstawie stosunku pracy, jeżeli wykonanie tych czynności polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019r. poz. 1040, 1043 i 1495).**

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

 (podpis)

*Załącznik nr 7 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

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

Przedmiot Zamówienia**:** „Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy” - Zp/17/TP-17/21

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

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

 (Podpis)

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**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:„Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy” - Zp/17/TP-17/21

**Uwagi:**

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać „wszystko siłami własnymi”

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

**OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Wykonawcy

……………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy

……………………………………………………………………………………..

Miejscowość ................................................ Data ................................................

Oświadczamy, że w dniu ………………………… dokonaliśmy wizji lokalnej i zapoznaliśmy się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz uzyskaliśmy informacje potrzebne do przygotowania oferty zgodnie z postanowieniami SWZ nr **Zp/17/TP-17/21** tj. „Całodobowa obsługa techniczna urządzeń oddziału dializ, stacji uzdatniania wody, produkcji koncentratów i ich transportu oraz rozdziału przez okres 6 miesięcy”.

Wszystkich niezbędnych informacji udzielił nam upoważniony pracownik Zamawiającego.

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

*(data i podpis Wykonawcy)*