*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Stół operacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Stół operacyjny | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Parametry**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane funkcje, parametry, warunki** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
|  | Stół do operacji i badań w zakresie chirurgii naczyniowej, endoskopii, angiografii  | TAK |  |
|  | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej. Stal o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych, gatunek stali: AISI 316L , polskie oznaczenie 00H17N14M2 Nie dopuszcza się do zaoferowania stołów wykonanych z gorszych gatunków stali nierdzewnej (o mniejszej zawartości chromu, niklu, manganu i molibdenu).Ze względu na zapewnienie odpowiednich warunków do dezynfekcji oraz ograniczenie potencjalnych ognisk bakterii nie dopuszcza się do zaoferowania stołów z tworzywowymi osłonami przy połączeniu blatu stołu z kolumną  | TAK |  |
|  | Ergonomiczna podstawa stołu pokryta włóknem węglowym.  | TAK |  |
|  | Blat stołu jednosegmentowy, wykonany z włókien węglowych, przenikalny dla promieni RTG z możliwością monitorowania ramieniem C całej długości pacjenta.  | TAK |  |
|  | Blat wykonany z materiału gwarantującego bardzo małe napromieniowanie pacjenta oraz personelu podczas wykonywania zdjęć RTG – maksymalny ekwiwalent aluminium MAE nie większy niż 0,5 mm Al.W celu maksymalnego ograniczenia dawki promieniowania RTG dla pacjenta i personelu oraz eliminacji występowania szumów oraz artefaktów przy monitorowaniu pacjenta nie dopuszcza się do zaoferowania stołów z blatem o większym współczynniku MAE. | TAK |  |
|  | Blat stołu odpowiednio wyprofilowany (wklęsły) – w celu bezpiecznego i wygodnego ułożenia pacjenta na blacie.  | TAK |  |
|  | Blat stołu umożliwiający pozycjonowanie w osiach X, Y i po przekątnych. Pozycjonowanie blatu za pomocą pilota przewodowego oraz ergonomicznego joysticka.  | TAK |  |
|  | Regulacja pilotem przewodowym następujących funkcji:* wysokość blatu
* przechyły wzdłużne blatu
* przechyły boczne blatu
* poziomowanie blatu
* przesuw wzdłużny blatu
* przesuw boczny blatu
* przesuwu blatu po przekątnych
 | TAK |  |
|  | Pełny zakres prześwietlalności blatu w zakresie 3600 na odcinku min. 1500 mm od strony głowy pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość prześwietlenia blatu w płaszczyźnie pionowej na odcinku min. 500 mm od strony nóg pacjenta. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się procentowa informacja o stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru. | TAK |  |
|  | Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje.Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz poziomowania blatu „0”. | TAK |  |
|  | Przycisk pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych przycisków na pilocie.  | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu | TAK |  |
|  | Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu oraz bezkolizyjną współpracę z aparatem RTG typu ramię C.  | TAK |  |
|  | Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy. W pozycji zablokowanej stół posadowiony jest na czterech stopkach. | TAK |  |
|  | Stopki (do blokady stołu) wysuwane elektrohydraulicznie.  | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Materac jednoczęściowy, pokryty skajem antystatycznym, odejmowany, odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Materac o właściwościach przeciwodleżynowych z tzw. „pamięcią kształtu”.  | TAK |  |
|  | Długość blatu stołu: 2200 mm ( ± 20 mm ) | TAK |  |
|  | Szerokość blatu stołu:. 550 mm ( ± 20 mm ) | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie (z materacem): od 780 mm ( ± 20 mm ) do 1200 mm ( ± 20 mm ).  | TAK |  |
|  | Przechyły boczne: min. po 150 w lewo i prawo  | TAK150 – 0 pkt> 150 – 10 pkt |  |
|  | Pozycja Trendelenburga: min. 160  | TAK |  |
|  | Pozycja anty-Trendelenburga: min. 250  | TAK |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu min. 500 mm  | TAK500 mm – 0 pkt> 500 mm – 10 pkt |  |
|  | Przesuw boczny blatu min. 250 mm | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie stołu: min. 200 kg | TAK200 kg – 0 pkt> 200 kg – 10 pkt |  |
|  | Wyposażenie stołu : - odejmowane listwy boczne do mocowania wyposażenia – 8 sztuk- pas brzuszny – 4 sztuki- Krążek pod głowę dla dorosłych o wymiarach min. 200 x 45 mm – pozycjoner przeciwodleżynowy, wykonany z medycznego żelu silikonowego, pokryty poliuretanem, rozkładający ciężar ciała i obniżający nacisk powierzchniowy do bezpiecznego poziomu, chroniący przed ryzykiem podrażnienia nerwów, wielokrotnego użytku, wodoszczelny, o właściwościach nie powodujących podrażnień dla skóry,  do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, żel nie wycieka w przypadku przecięcia powłoki, przezierny dla promieni  RTG, nieprzewodzący ładunków elektrycznych, wolny od lateksu – 1 sztuka | TAK |  |
|  | Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta | TAK |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | Deklaracja Zgodności | TAK |  |

*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 przeprowadzenia negocjacji na: **Dostawa stołu operacyjnego dla Zakładu Endoskopii Zabiegowej nr Zp/25/TP-25/21.**

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, stanowiący Załącznik nr ........
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 dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

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

7. Gwarantujemy:

- Stopki (do blokady stołu) wysuwane elektrohydraulicznie **...........**

- Przechyły boczne: min. po 150 w lewo i prawo **...........**

- Przesuw wzdłużny blatu min. 500 mm **.............**

- Bezpieczne obciążenie stołu: min. 200 kg **.............**

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).*

*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. « **Dostawa stołu operacyjnego dla Zakładu Endoskopii Zabiegowej nr Zp/25/TP-25/21”** 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. **Dostawa stołu operacyjnego dla Zakładu Endoskopii Zabiegowej nr Zp/25/TP-25/21”** 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: **Dostawa stołu operacyjnego dla Zakładu Endoskopii Zabiegowej nr Zp/25/TP-25/21” 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………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

…………………………………………………………………….

(Data)

*Załącznik nr 6 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 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2020r., poz. 186 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)