Załącznik nr 1 do SWZ

**Dostawa aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021.**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry wymagane** | **Punktacja** | **Parametr graniczny** | **Odpowiedź Wykonawcy (TAK/NIE, podać/opisać gdy wymagane)** |
|  | Aparat USG fabrycznie nowy, stacjonarny o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii pracy. Platforma wprowadzona do produkcji nie wcześniej niż 2018 roku (dotyczy aparatu, nie wersji software).Wyklucza się aparaty powystawoweRok produkcji: 2021 |   | TAK |   |
|  | **OPIS OFEROWANEGO APARATU I WYPOSAŻENIA** |
|  | Aparat wysokiej klasy, stacjonarny na 4 skrętnych kołach, waga max. 90 kg |   | TAK |   |
|  | Regulacja położenia konsoli na boki min. +/- 50o, możliwość obrotu konsoli o 180o na czas transportu. |   | TAK |   |
|  | Możliwość regulacji wysokości konsoli min 25 cm | <26– 0 pkt;≥26 – 5 pkt | TAK |   |
|  | Uchwyty na głowice po obu stronach konsoli. |   | TAK |   |
|  | Szybki dostęp do funkcji sterowania aparatem przy pomocy ekranu dotykowego o wielkości min. 10” z wyświetlanymi przyciskami funkcyjnymi, z programowalnymi przyciskami typu makro |   | TAK |   |
|  | Klawiatura alfanumeryczna wyświetlana na ekranie dotykowym, opcja dostępna w każdym trybie oraz wysuwana, podświetlana fizyczna klawiatura alfanumeryczna |   | TAK |   |
|  | Aktywne gniazda dla głowic obrazowych przełączanych elektronicznie – min. 5 gniazd |   | TAK |   |
|  | Monitor LCD panoramiczny o przekątnej min. 21” cali, na ruchomym ramieniu z możliwością regulacji położenia . |   | TAK |   |
|  | Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na cały ekran do min. 85% powierzchni ekranu monitora, bez wyświetlania informacji ogólnych oraz informacji liczbowych dotyczących nastaw aparatu za pomocą jednego przycisku. | . | TAK |   |
|  | Zoom obrazu rzeczywistego min. 40x |   | TAK |   |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej  |   | TAK |   |
|  | Fizyczna ilość kanałów nadawczych TX min. 192 |   | TAK |   |
|  | Dynamika systemu min. 350 dB |   | TAK |   |
|  | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu (podać całkowity zakres częstotliwości fundamentalnych [nie harmonicznych] emitowanych przez głowice obrazowe możliwe do podłączenia na dzień składania ofert) – min. 1 do 24 MHz |   | TAK |   |
|  | Minimum 8 suwaków wzmocnienia głębokościowego wiązki TGC |   | TAK |   |
|  | **Tryb 2D (B-mode)**- ciągła automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D- wybierane częstotliwości pracy w trybie 2D min. 1-24 MHz- maksymalna głębokość penetracji min. 40 cm- powiększanie obrazu (zoom) - funkcja HD zoom (zoom wysokiej rozdzielczości)- min. 8 stref ogniskowania- prezentacja 2D+M-Mode; 2D+CD+M-Mode -możliwość zmiany szerokości wyświetlanego obrazu 2D (B-Mode) |   | TAK |   |
|  | Automatyczne ogniskowanie w całej strefie wyświetlanego obrazu |  | TAK |  |
|  | Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2D - min. 2900 Hz | ≤2950– 0 pkt;>2950– 5 pkt | TAK |   |
|  | Tryb łatwej obsługi, umożliwiający optymalizację min 40. parametrów za pomocą max. 3 suwaków.  | NIE– 0 pkt;TAK– 10 pkt  | TAK/NIE |   |
|  | Możliwość ręcznej modyfikacji prędkości wartości dźwięku rozchodzenia się fal ultradźwiękowych poprawiające ogniskowanie w kierunku bocznym |   | TAK |   |
|  | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)**- wybierane częstotliwości pracy w trybie PWD min. 2-16 MHz- funkcja automatycznego doboru korekcji kąta, ugięcia linii bazowej przy uruchamianiu Dopplera Pulsacyjnego - automatyczna optymalizacja PW przy pomocy jednego przycisku (min. wzmocnienie, skala, linia bazowa)- możliwość przesunięcia linii bazowej na zamrożonym obrazie- automatyczna analiza widma dopplerowskiego- regulacja uchylności wiązki dopplerowskiej - korekcja kąta bramki Dopplerowskiej min. +/- 89 stopni- wielkość bramki Dopplerowskiej min. 1-24 mm- pakiet obliczeń automatycznych dla trybu Dopplera (automatyczny obrys spektrum na obrazie rzeczywistym i zamrożonym z możliwością wyboru cyklu) |   | TAK |   |
|  | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)**- wybierane częstotliwości pracy w trybie CD min. 2-16 MHz- regulacja uchylności pola Dopplera - ilość map kolorów – co najmniej 16 map- funkcja HD (wysokiej rozdzielczości) w trybie Dopplera Kolorowego  |   | TAK |   |
|  | Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2D + kolor (CD) - min. 400 Hz | =400– 0 pkt;>400– 5 pkt | TAK |   |
|  | Obrazowanie naczyń narządów miąższowych (tarczyca, nerki, wątroba) do wizualizacji bardzo wolnych przepływów poniżej 1 cm/sek. w mikro naczyniach pozwalające na obrazowanie bez artefaktów ruchowych  |   | TAK |   |
|  | Tryb obrazowania harmonicznegoTryb Duplex (2D + PWD)Tryb Triplex (2D+PWD+CD)Tryb Power Doppler kierunkowy (tryb angiologiczny kierunkowy PDD) |   | TAK |   |
|  | Tryb Dual Live - tzw. jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym, typu B+B/CD |   | TAK |   |
|  | Obrazowanie trapezowe dostępne na głowicy liniowej |   | TAK |   |
|  | Oprogramowanie panoramiczne w trybie 2D oraz w trybie Dopplera kolorowego w czasie rzeczywistym z możliwością wykonania pomiarów, dostępne na głowicach liniowych i convex. Minimalna długość skanu 60 cm |   | TAK |   |
|  | Specjalne oprogramowanie zwiększające dokładność, eliminujące szumy i cienie obrazu |   | TAK |   |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod różnymi kątami i z różnymi częstotliwościami min. 15 linii tworzących obraz (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) |   | TAK |   |
|  | Rozszerzony tryb Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów. |   | TAK |   |
|  | Oprogramowanie wraz z pakietem obliczeniowym do badań: * + Naczyniowe
	+ Transkranialne
	+ Mięśniowo – szkieletowe
	+ Neonatalne
	+ Pediatryczne
	+ Małe narządy
	+ Urologiczne
	+ Jama brzuszna
 |   | TAK |   |
|  | Aplikacja dedykowana do badań piersi i tarczycy w trybie B-Mode, umożliwiająca analizę morfologiczną oraz możliwości klasyfikacji nowotworowej według BI-RADS/TI-RADS. Aplikacja zawierająca dodatkowy raport z badania piersi i tarczycy.  |   | TAK |   |
|  | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów i kalkulacji |   | TAK |   |
|  | Funkcje użytkowe:- możliwość zaprogramowania ustawień wstępnych użytkownika dostępnych dla aplikacji i głowic do – min. 400 presetów- możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów Cine Loop- możliwość dołączenia obrazu do raportu z badania- archiwizacja sekwencji w czasie rzeczywistym (podczas badania) min. 500 sekund |   | TAK |   |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów z możliwością wyszukiwania badań poprzez filtrowanie min.: imię, nazwisko, wiek, płeć, data badania, aplikacja |   | TAK |   |
|  | Zapis obrazów w formatach: BMP, JPEG, PNG, TIFF oraz zapis pętli obrazowych w formacie AVI z możliwością włączenia oraz wyłączenia kompresji danych. |   | TAK |   |
|  | Możliwość eksportu raportu z badania na nośniki zewnętrzne w formacie: PDF, XLM, HTML |   | TAK |   |
|  | Eksport zapisanych obrazów, pętli obrazowych oraz raportów na nośniki zewnętrzne typu PenDrive |   | TAK |   |
|  | Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczony do archiwizacji badań - min. 500 GB | HDD– 0 pkt; SSD–5 pkt | TAK |   |
|  | Min. 4 porty USB wbudowanych w aparat umożliwiających zapis obrazów na Pen-Drive oraz podłączenie dodatkowych zewnętrznych urządzeń: w tym co najmniej 2 porty umieszczone bezpośrednio obok siebie na konsoli operatorskiej |   | TAK |   |
|  | Wbudowane wyjście Display Port do podłączenia dodatkowego monitora | NIE– 0 pkt;TAK– 5 pkt | TAK/NIE |   |
|  | Możliwość podłączenia drukarki komputerowej (atramentowej) do drukowania raportów z badań w formacie A-4, za pomoca dedykowanego fizycznego przycisku umieszczonego na konsoli operatora |   | TAK |   |
|  | Min. 3 fizyczne przyciski programowalne umieszczone na konsoli. |   | TAK |   |
|  | Cyfrowa drukarka termiczna (video – printer) czarno-biała wbudowana w aparat |   | TAK |   |
|  | Zainstalowany w aparacie moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów i danych zgodnych ze standardem DICOM (min. worklist, send, print, raporty strukturalne.) |   | TAK |  |
|  | Oprogramowanie na zewnętrzny komputer obsługujący bazę danych pacjentów z aparatu USG umożliwiające obróbkę analizę (pomiary, raporty itp.) obrazów nagranych w aparacie USG |   | TAK |   |
|  | Możliwość ustawienia konta wymagającego logowania z podaniem nazwy użytkownika i hasła dla każdego użytkownika, oraz niezależnego konta dla administratora. |   | TAK |   |
|  | Wbudowana fabrycznie, zintegrowana z aparatem bateria pozwalająca na pracę aparatu bez zasilania sieciowego min. 40 minut oraz pozwalająca na przejście w tryb Standby. |   | TAK |   |
|  | Funkcja szybkiego startu - funkcja szybkiego przejścia ze stanu czuwania do trybu pracy max. 20 sekund |   | TAK |   |
|  | Poziom natężenia dźwięku wydawany przez aparat max 36 dB w odległości max 160 cm do aparatu | ≥35– 0 pkt;<35– 5 pkt | TAK |   |
|  | **GŁOWICE** |
|  | **Uniwersalna głowica liniowa wieloczęstotliwościowa, w tym do badań naczyniowych oraz tętnic szyjnych i kręgowych**Liczba elementów min. 192 Szerokość pola obrazowego (FOV) max. 47mm Zakres częstotliwości pracy głowicy min. 4-15 MHzTryb 2D – min. 4 wybieranych częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 4 wybierane częstotliwości pracyTryb Color Doppler - min. 4 wybieranych częstotliwości pracy |  | TAK |  |
|  | **Głowica convex do badań ogólnodiagnostycznych**Liczba elementów min. 192Kąt pola skanowania (widzenia) min. 100°Głowica wykonana w technologii Single CristalZakres częstotliwości pracy głowicy min. 1-8 MHz Tryb 2D – min. 6 wybieranych częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 6 wybieranych częstotliwości pracyTryb Color Doppler - min. 6 wybieranych częstotliwości pracy Głębokość obrazowania min. 44 cm |  | TAK |   |
|  | **Głowica** **typu „phased array” do badań transkranialnych w technologii Single Crystal lub równoważnej**Liczba elementów min. 128Pole widzenia min. 85°Zakres częstotliwości pracy min. 1-5 MHzTryb 2D – min. 4 wybierane częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 4 wybierane częstotliwości pracyTryb Dopplera kolorowego – min. 4 wybierane częstotliwości pracy |  | TAK |  |
|  | **WYMAGANE MOŻLIWOŚCI ROZBUDOWY DOSTĘPNE NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERT** |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniowa wieloczęstotliwościowa do badań naczyniowych tętnic szyjnych oraz kręgowychLiczba elementów min. 192 Szerokość pola obrazowego (FOV) max. 40mm Zakres częstotliwości pracy głowicy min. 3-11 MHz Tryb 2D – min. 4 wybieranych częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 4 wybierane częstotliwości pracyTryb Color Doppler - min. 4 wybieranych częstotliwości pracy  |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniowa wysokoczęstotliwościową do badań m.in. tętnic skroniowychZakres częstotliwości pracy głowicy – min. 10-24 MHz Tryb 2D – min. 3 wybierane częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 3 wybierane częstotliwości pracyTryb Color Doppler – min. 3 wybierane częstotliwości pracy |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wysokoczęstotliwościową typu "Hokej"Zakres częstotliwości pracy głowicy – min. 6-18 MHz Szerokość pola obrazowego (FOV) min.28 mmTryb 2D – min. 5 wybieranych częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 3 wybierane częstotliwości pracyTryb Color Doppler – min. 5 wybieranych częstotliwości pracy |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę convex z centralnym kanałem biopsyjnymZakres częstotliwości pracy głowicy – min. 1-8 MHz Kąt pola skanowania (widzenia) min. 100° Tryb 2D – min 5 wybierane częstotliwości pracyTryb obrazowania harmonicznego – min. 5 wybierane częstotliwości pracyTryb Color Doppler – min. 5 wybieranych częstotliwości pracyMożliwość wykonywania biopsji pod kątami min.: 00, 50,150 |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o zainstalowane w aparacie oprogramowanie do obrazowania i analiza ilościowa Strain i Strain Rate wykonana za pomocą metody 2D Speckle wyliczający parametry ruchu mięśnia sercowego w oparciu o analizę przemieszczania tzw. markerów akustycznych. Automatyczne wyznaczenie frakcji wyrzutowej. Wybór do analizy wsierdzia i nasierdzia. |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do badań kardiologicznych: pakiet obliczeniowy i raporty, przebieg EKG na ekranie + kable ekg |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb Doppler spektralny z falą ciągłą (CWD). Prędkość dopplera CWD przy zerowym kącie min. 25 m/s |  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o kolorowy oraz spektralny Doppler Tkankowy |  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o Anatomiczny M-Mode na obrazach rzeczywistych - możliwość ustawienia min. 3 linii prostych w różnych miejscach (linie nie połączone ze sobą).  |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł wykonujący automatyczną detekcję, obrys, segmentację oraz automatycznie wyliczający: objętość lewej komory (w skurczu i rozkurczu) oraz ocenę czynności skurczowej LV frakcję wyrzutową. |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie 3D z wolnej ręki min. na głowicy liniowej |  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o specjalistyczne narzędzie do wyznaczenia i analizy ilościowej krzywej perfuzji oraz hemodynamiki dla trybów CD i Power Doppler (PD).Wyniki wyświetlane w formie graficznej w stosunku czas/intensywność napływu. |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie pomiarowe do automatycznej analizy i pomiaru kompleksu intima – media w czasie rzeczywistym z wykorzystaniem częstotliwości radiowych (RF) dla uzyskania bardzo precyzyjnego pomiaru, przedstawienie wyniku w formie wykresu z zaznaczona linią trendu oraz SD dla pomiaru. |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do oceny stanu sztywności tętnic (pomiary, raport). Analiza właściwości ścian naczyń krwionośnych. Pomiar miejscowej podatności (sztywności) tętnic z wykorzystaniem częstotliwości radiowych (RF) |  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie z wykorzystaniem kontrastów o niskim indeksie MI; Badania z zastosowaniem ultrasonograficznych środków kontrastujących dostępne na głowicy convex. |  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję automatycznego ustawiania bramki dopplerowskiej w naczyniu. |   | TAK |   |
|  | Możliwość rozbudowy o wbudowany moduł edukacyjny pozwalający użytkownikowi uzyskać porady w trakcie badania wyposażony w atlas anatomiczny oraz referencyjne obrazy.  |   | TAK |   |
|  | **GWARANCJA I SERWIS** |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy |   | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. |   | TAK |  |
|  | Oferent zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny producenta w języku polskim. |   | 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 aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021 - nr Zp/55/TP-55/21.**

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 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 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:

- Możliwość regulacji wysokości konsoli min 25 cm: ...........

- Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2D –

 min. 2900 Hz : .............

- Tryb łatwej obsługi, umożliwiający optymalizację min 40. parametrów za pomocą max. 3

 suwaków: .............

- Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2D + kolor (CD) –

 min. 400 Hz: .............

* Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczony do archiwizacji badań - min. 500 GB :.................
* Wbudowane wyjście Display Port do podłączenia dodatkowego monitora :......................
* Poziom natężenia dźwięku wydawany przez aparat max 36 dB w odległości max 160 cm do aparatu :.........................

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 aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021 - nr Zp/55/TP-55/21** 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 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 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 aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021 - nr Zp/55/TP-55/21** 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 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 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*

*(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 aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021 - nr Zp/55/TP-55/21**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 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(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Dostawa aparatu USG. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Doposażenie podmiotów leczniczych w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją Duplex na potrzeby neurologii w roku 2021 - nr Zp/55/TP-55/21 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/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 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)