*Załącznik nr 1 do SWZ*

Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN.MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| **1.** | Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu  | **szt.** | **40** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**W składzie konsygnacyjnym 5 urządzeń : DWA Z ŁĄCZEM DF1 I TRZY Z ŁĄCZEM DF4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Parametry wymagane | Spełnienie parametrów |
| 1. | Waga kardiowertera-defibrylatora poniżej 82g | TAK |
| 2. | Tryby pracy: VVIR, VDD, VVI, V00, OFF | TAK |
| 3. | **Rok produkcji sprzętu nie wcześniejszy niż rok poprzedzający dostarczenie do odbiorcy i z najnowszej oferty dla polskiego rynku.** | TAK |
| 4. | Grubość kardiowertera defibrylatora max 11 mm | TAK |
| 5. | Automatyczny pomiar progu stymulacji i automatyczne dostosowanie wartości impulsu stymulującego do zmierzonej wartości | TAK |
| 6. | Min 3 dyskryminatory arytmii  | TAK |
| 7. | Terapie niskonapięciowe min 2 | TAK |
| 8. | Optymalizacja Terapii ATP, wybór ostatniej skutecznej terapii ATP | TAK |
| 9. | Terapie ATP w strefie VF przed ładowaniem kondensatorów | TAK |
| 10. | Czas zapisu IEGM w obu kanałach łącznie powyżej 40 min | TAK |
| 11. | Możliwość zmiany kształtu impulsu wysokoenergetycznego | TAK |
| 12. | Automatyczny follow up | TAK |
| 13. | Bezprzewodowa telemetria (RF) | TAK |
| 14. | Elektroda komorowa przechodząca przez Introducer ≤ 8F | TAK |
| 15. | ICD z elektrodą certyfikowane do przeprowadzenie badania MRI w polu o natężeniu nie gorzej niż 1,5T bez stref wykluczenia | TAK |
| 16. | Min. 8 szoków terapii wysokoenergetycznej, w każdej ze stref terapii  | TAK |
| 17. | Dyskryminacja arytmii na podstawie porównania interwałów przedsionkowych i komorowych | TAK |
| 18. | Możliwość prowadzenia ciągłej stymulacji VOO w trybie MRI 1,5T bez stref wykluczenia | TAK |
| 19. | Elektroda defibrylująca z dipolem wyczuwającym umieszczonym na wysokości przedsionka DF1 lub DF4 do wyboru przez wszczepiającego | TAK |
| 20. | Elektroda komorowa z dipolami typu TrueBipolar | TAK |

*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: **„Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu” - Zp/60/TP/22** 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. Oferujemy dostawę towaru, usługę 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).

1. Gwarantujemy …….... **dniowy** termin uzupełnienia składu konsygnacyjnego liczony od momentu złożenia zamówienia\*

Zamawiający wymaga utworzenia składu konsygnacyjnego. Skład konsygnacyjny powinien znajdować się na terenie Szpitala - Pracowni Hemodynamiki. Wykonawca zobowiązuje się utworzyć skład konsygnacyjny przy czym Zamawiający będzie określał, które rzeczy stanowiące przedmiot zamówienia i w jakich ilościach, nie większych niż określone w załączniku nr 1, mają znajdować się w Składzie, poprzez przesłanie zamówień pocztą elektroniczną na adres e-mail Wykonawcy. Wykonawca każdorazowo w terminie określonym w złożonej przez niego ofercie dostarczy do składu wskazane w danym zmówieniu rzeczy stanowiące przedmiot zamówienia Wykonawca zobowiązuje się również uzupełniać skład konsygnacyjny w terminie określonym w ofercie na własny koszt stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego. Wydanie produktów będzie potwierdzone dwustronnie podpisanym protokołem wydania określającym szczegółowo ilość i asortyment produktu. Protokół będzie sporządzany w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron. Produkty do chwili zużycia przez szpital stanowią własność Wykonawcy. Po pobraniu towaru ze składu konsygnacyjnego na potrzeby własne szpital będzie sporządzał zbiorcze zestawienie zużytego Przedmiotu Zamówienia wskazując jego kod katalogowy, serię i ilość sztuk i przekazywał je Wykonawcy, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od zużycia, co będzie stanowiło podstawę do sporządzenia faktury za dostawę.

Wykonawca ma prawo do dokonania inwentaryzacji składu 1 raz w kwartale w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

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.***

*\* maksymalny termin uzupełnienia składu konsygnacyjnego liczony od momentu złożenia zamówienia - 6 dni*

*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 „Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu”- Zp/60/TP/22, 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.**

 …………………………………………

 *(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:

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

………………………………………… *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(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. - „Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu”- Zp/60/TP/22, 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.**

 …………………………………………

 *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(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. : „Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu”- Zp/60/TP/22, 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: na
„Kardiowertery-defibrylatory jednojamowe umożliwiające podgląd IEGM przedsionka z możliwością prowadzenia badań MRI po wszczepieniu”- Zp/60/TP/22, 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 07 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974).
Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)