*Załącznik nr 1 do SWZ*

**System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT**  **SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN.MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT i**  **NR KATALOGOWY** |
| **1.** | System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **PARAMETR** | **Parametry**  **Wymagane** | **Parametry**  **oferowane** |
| 1 | System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla celów pozycjonowania i weryfikacji pozycji w czasie rzeczywistym za pomocą trzech kamer | TAK |  |
| 2 | System obrazowania powinien umożliwiać wykorzystanie jako obrazu referencyjnego, konturów ciała pacjenta zaimportowanych w formacie DICOM RTS oraz obrazu powierzchni pacjenta zebranego w trakcie poprzedzającego pozycjonowania | TAK |  |
| 3 | Porównanie powierzchni obrazowej z referencyjną powinno zachodzić w sposób automatyczny, w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 4 | System obrazowania powierzchni pacjenta zapewnia możliwość wyznaczenia wektora korekcji pozycji pacjenta dla sześciu stopni swobody | TAK |  |
| 5 | Możliwość obrazowania obiektów z obszaru o wielkości minimalnej:  ≥ 65cm dla osi X  ≥ 100cm dla osi Y  ≥ 35cm dla osi Z, rozłożonym symetrycznie wokół izocentrum | TAK |  |
| 6 | Możliwość obrazowania powierzchni ciała pacjenta w obszarze objętości skanowanej niezależnie od położenia osi stołu terapeutycznego i kąta głowicy | TAK |  |
| 7 | Dokładność detekcji ≤ 1mm | TAK |  |
| 8 | Powtarzalność detekcji ≤ 1mm | TAK |  |
| 9 | Dokładność detekcji ruchu ≤ 1mm | TAK |  |
| 10 | Możliwość obliczenia i zweryfikowania przez system odległości od źródła promieniowania do powierzchni ciała pacjenta (SSD) dla stołu obróconego w zakresie ±90° od izocentrum | TAK |  |
| 11 | Możliwość definiowania wielu dowolnych (nieograniczonych żadnymi kształtami) obszarów zainteresowania stanowiących obszar obserwacji i weryfikacji w zakresie obszaru obrazowania przez system kamer | TAK |  |
| 12 | Dostęp do systemu zarówno z pomieszczenia terapii jak i sterowni akceleratora | TAK |  |
| 13 | System zintegrowany lub wyposażony w interfejs do oferowanego akceleratora | TAK |  |
| 14 | System posiada możliwość monitorowania powierzchni pacjenta w czasie procesu radioterapii oraz możliwość automatycznego zatrzymania terapii w razie detekcji ruchu poza zdefiniowanym zakresem tolerancji | TAK |  |
| 15 | System powinien umożliwiać realizowanie procedur radioterapeutycznych w technice DIBH (Deep Inspiration Breath Hold) | TAK |  |
| 16 | System posiada niezbędny zestaw pozwalający na wykonanie kalibracji koniecznych do prawidłowego, precyzyjnego działania | TAK |  |
| 17 | System umożliwia jego samodzielną kalibrację przez wyszkolony personel Zamawiającego w przypadku stwierdzenia zmiany pozycji bądź orientacji zestawów kamer wchodzących w zakres przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 18 | Weryfikacja pozycji piersi napromienianej techniką DIBH (Deep Inspiration Breath Hold) dla 6 stopni swobody | TAK |  |
| 19 | Ekran umożliwiający dostarczenie informacji zwrotnej pacjentowi, ułatwiający realizację procedury DIBH | TAK |  |
| 20 | System wyposażony w automatyczną funkcję pozwalającą na przedstawienie trendu zmian (graficznie oraz procentowo) powierzchni pacjenta w przebiegu leczenia radioterapeutycznego (np. obrzęk, schudnięcie). | TAK |  |
| 21 | System wykrywa ruchomość pacjenta na podstawie obserwacji powierzchni ciała pacjenta, w sposób nieinwazyjny i bezkontaktowy, bez konieczności stosowania jakichkolwiek dodatkowych akcesoriów, takich jak markery, tatuaże, pasy itp. | TAK |  |
| 22 | System wykorzystuje „sztywny” algorytm obliczeniowy do rejestracji obserwowanej powierzchni z powierzchnią referencyjną w celu najlepszego, możliwego dopasowania | TAK |  |
| 23 | Funkcja umożliwiająca pozycjonowanie na podstawie postury ciała pacjenta. Kontur sylwetki pacjenta z tomografii komputerowej nałożony na żywy obraz z kamer, pozwalający na bardzo szybkie i intuicyjne pozycjonowanie względem referencji. | TAK |  |
| 24 | Oferowana konfiguracja systemu trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta do celów pozycjonowania i weryfikacji pozycji w czasie rzeczywistym zintegrowana z akceleratorem Elekta Synergy.  Integracja akceleratora z systemem trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta z wykorzystywaną przez Zamawiającego linią terapeutyczną, zapewnia możliwość realizacji procedur na co najmniej dwóch akceleratorach. | TAK |  |
| 25 | Funkcja pozwalająca na detekcję i ocenę w mm oraz w % zmian w anatomii pacjenta w obszarze zdefiniowanego regionu zainteresowania oraz w całym FOV systemu | TAK |  |
| 26 | Szkolenie użytkowników z techniki SGRT organizowane przez producenta lub w ośrodku referencyjnym | TAK |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

*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: **„System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/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).

6. Udzielamy …….………. miesięcy gwarancji*\**

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.***

*\* 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. „System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/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. - „System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/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. : „System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/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   
„System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/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 – złożyć 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**:„System trójwymiarowego obrazowania powierzchni pacjenta dla techniki IGRT” - Zp/80/TP/22**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 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)