*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT**  **SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN.MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **STAWKA**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I**  **NR KATALOGOWY** |
| **1.** | **Aparaty USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii”** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | | |  |  |  |  |

Parametry

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **NAZWA PARAMETRU** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **PUNKTACJA** | **WIELKOŚĆ OFEROWANA** |
|  | Pełna nazwa ultrasonografu | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Producent | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Kraj | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Dystrybutor - Oferent | Podać | Nie dotyczy |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |  |
|  | Rok produkcji aparatu | 2021 lub 2022 |  |  |
|  | Aparat wprowadzony do sprzedaży nie wcześniej niż w roku 2021 | TAK |  |  |
| **Konstrukcja** | | | | |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy | Min. 14-bitowy | 14 – bitowy – 0 pkt.  >14 – bitowy – 2,5 pkt. |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania | Min. 2 000 000 | 2 000 000 – 0 pkt  >2 000 000 – 2,5 pkt |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych | Min. 3 |  |  |
|  | Dynamika systemu | Min. 270 dB | 270 dB – 0 pkt  >270 db – 2,5 pkt |  |
|  | Monitor LCD o rozdzielczości min. 1920 x 1080 bez przeplotu. | Przekątna ekranu min. 21 cali |  |  |
|  | Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach:  góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę | Przekątna min. 10 cali |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min. od 2 MHz do 20 MHz. | 2 – 20 MHz – 0 pkt  >20 MHz – 2,5 pkt |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) | Min. 12 000 obrazów | 12 000 – 0 pkt  >12 000 – 2,5 pkt |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop) | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania | Min. 2 - 40 cm |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika | Min. 50 |  |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami | TAK |  |  |
|  | Podgrzewacz do żelu | TAK |  |  |
| **Obrazowanie i prezentacja obrazu** | | | | |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.   * B, B + B, 4 B * M * B + M * D * B + D * B + C (Color Doppler) * B + PD (Power Doppler) * 4 B (Color Doppler) * 4 B (Power Doppler) * B + Color + M | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B | Min. 1000 obrazów/s | 1000 obrazów/s – 0 pkt.  >1000 obrazów/s – 2,5 pkt. |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) | Min. 300 obrazów/s | 300 obrazów/s – 0 pkt.  >300 obrazów/s – 2,5 pkt. |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Min. 8 pasm częstotliwości | 8 pasm – 0 pkt  >8 pasm – 2,5 pkt |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) | Min.: +/- 4,0 m/s |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 7,0 m/s |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej | Min. 0,5 mm do 20 mm |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej | Min. +/- 30 stopni |  |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej | Min. +/- 80 stopni |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie | Min. +/- 80 stopni |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” | TAK | 5 wiązek – 0 pkt  >5 wiązek – 2,5 pkt |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 20 map | TAK | 20 map – 0 pkt  >20 map – 2,5 pkt |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
| **Archiwizacja obrazów** | | | | |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem twardym o pojemności min. 500 GB | TAK |  |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |  |
|  | Możliwość ustawienia funkcji uwierzytelniania użytkownika – dostęp dla zarejestrowanych użytkowników | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Nagrywarka DVD | TAK |  |  |
| **Funkcje użytkowe** | | | | |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Min. x8 | 8x – 0 pkt  9x – 25x – 1 pkt  >25x – 2,5 pkt |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu | Min. x8 | 8x – 0 pkt  9x – 15x – 1 pkt  >15x – 2,5 pkt |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie | Min. 10 |  |  |
|  | Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Brzusznych * Urologicznych * Małych narządów * Naczyniowych * Ortopedycznych * Pediatrycznych | TAK |  |  |
| **Głowice ultrasonograficzne** | | | | |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min. 1,0 – 5,0 MHz. |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 800 | 800 elementów – 0 pkt.  >800 elementów – 2,5 pkt. |  |
|  | Kąt skanowania | Min. 70 st. |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | min. 8 pasm częstotliwości | 8 pasm – 0 pkt.  >8 pasm – 2,5 pkt. |  |
|  | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy. | Min. 2,0 – 12,0 MHz |  |  |
|  | Liczba elementów | Min. 800 | 800 elementów – 0 pkt.  >800 elementów – 2,5 pkt. |  |
|  | Szerokość pola skanowania | Max. 40 mm |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Min. 5 pasm częstotliwości |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |  |
| **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** | | | | |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę rektalną dwupłaszczyznową convex/convex | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie z użyciem środków kontrastujących | TAK |  |  |
| **Inne** | | | | |
|  | Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer) – min. 2 lata | TAK | 2 lata – 0 pkt.  3 lata – 2,5 pkt. |  |
|  | Integracja aparatu z istniejącym systemem Zamawiającego RIS/PACS - koszt po stronie Wykonawcy | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | TAK |  |  |
|  | Certyfikat CE na aparat i głowice (dokumenty załączyć) | TAK |  |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć).  Ze względu na stały dostęp do oryginalnych części zamiennych i podzespołów eksploatacyjnych (sondy) wprowadzono powyższy zapis dot. autoryzacji serwisu. Autoryzowany serwis ma dostęp do nowych wersji oprogramowania urządzenia co pozwala na aktualizowanie systemu. | 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: **„Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” - Zp/8/TP/23** 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 sprzętu 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, (słownie: .................................................................. złotych),

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

1. Gwarantujemy: **(zaznaczyć właściwe)**

Przetwornik cyfrowy - min. 14-bitowy : **14 – bitowy – 0 pkt. >14 – bitowy – 2,5 pkt**

Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania - min. 2 000 000 : **2 000 000 – 0 pkt >2 000 000 – 2,5 pkt**

Dynamika systemu - min. 270 dB :  **270 dB – 0 pkt >270 db – 2,5 pkt**

Zakres częstotliwości pracy - min. od 2 MHz do 20 MHz: **2 – 20 MHz – 0 pkt >20 MHz – 2,5 pkt**

Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) - min. 12 000 obrazów : **12 000 – 0 pkt >12 000 – 2,5 pkt**

Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B - min. 1000 obrazów/s : **1000 obrazów/s – 0 pkt >1000 obrazów/s – 2,5 pkt.**

Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) Min. 300 obrazów/s : **300 obrazów/s – 0 pkt. >300 obrazów/s – 2,5 pkt.**

Obrazowanie harmoniczne - min. 8 pasm częstotliwości : **8 pasm – 0 pkt >8 pasm – 2,5 pkt**

Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound”- min. 5 wiązek : **5 wiązek – 0pkt > 5 wiązek – 2,5 pkt**

Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 20 map **: 20 map – 0 pkt >20 map – 2,5 pkt**

Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym - min. x8 : **8x – 0 pkt 9x – 25x – 1 pkt >25x – 2,5 pkt**

Powiększenie obrazu po zamrożeniu - min. x8 : **8x – 0 pkt 9x – 15x – 1 pkt >15x – 2,5 pkt**

Liczba elementów głowicy Convex - min. 800 : **800 elementów – 0 pkt >800 elementów – 2,5 pkt.**

Obrazowanie harmoniczne - min. 8 pasm częstotliwości : **8 pasm – 0 pkt >8 pasm – 2.5 pkt.**

Liczba elementów głowicy Liniowej - min. 800 **: 800 elementów – 0 pkt >800 elementów – 2,5 pkt.**

Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer) – TAK min. 2 lata : **2 lata – 0 pkt 3 lata – 2,5 pkt.**

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.***

*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. „Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” - Zp/8/TP/23, 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. - „Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” - Zp/8/TP/23, 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. : „Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” - Zp/8/TP/23, 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 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” - Zp/8/TP/23, 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)

*Załącznik nr 8 do SWZ ( 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 **„Dostawa 2 aparatów USG wraz z głowicami na wyposażenie Poradni Urologicznej i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii”- Zp/8/TP/23.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*