*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Dostawa i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT**  **SZCZEGÓŁOWY** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **Dostawa i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E** |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

Przedmiotem zamówienia jest demontaż i utylizacja istniejącego dźwigu, dostawa i montaż dźwigu szpitalnego w istniejącym szybie windowym o minimalnych gabarytach kabiny 1400 x 2500 x 2200 mm i liczbie przystanków 4.

Drzwi do kabiny automatyczne teleskopowe, 2 panelowe, jednostronnie otwierane na ciągi komunikacyjne oddziałów wykonane ze stali nierdzewnej / sz. 1100 mm x wys. 2000 mm./

Kabina windy wykonana ze stali nierdzewnej, podłoga wykończona wykładziną antypoślizgową, trudnościeralną. Na bocznej ścianie kabiny lustro. Zabezpieczenie wyjścia kurtyną świetlną.

Panel sterowniczy ze stali nierdzewnej:

- z przyciskami oraz oznaczeniami w języku Braill’a

- z powiadomieniem głosowym i sygnalizacją dojazdu

- z systemem powiadomienia ekip ratowniczych

**Stan obecny:**

Obecnie w szybie windowym zamontowany jest kompletny dźwig osobowy o udźwigu 1600 kg wyprodukowany w 1982 r. bez maszynowni – aparatura sterowa obok drzwi najwyższego przystanku, zespół napędowy w nadszybiu przeznaczony do demontażu o n/w parametrach:

- gabaryty szybu: istniejące

- przystanki 4

- udźwig 1600 kg

- wysokość podnoszenia 9,90 m

- drzwi przystankowe 2 skrzydłowe

- sterowanie zbiorcze góra/dół

- napięcie znamionowe 380 V

- ciężar przeciwwagi 1900 kg

- nadszybie: 3,70 m

- podszybie: 1,80 m

Zamawiający informuje, że prace wykonywane będą w czynnym obiekcie szpitalnym, co może być przyczyną okresowego spowolnienia, a nawet zatrzymania prac.

*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 i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia” -* Zp/7/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 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. **Dostawa i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia” -* Zp/7/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 i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn.„Dostępność Plus dla zdrowia” *-* Zp/7/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 i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia” -* Zp/7/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 i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia” -* Zp/7/TP/23**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(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)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **Dostawa i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia”***

***-* Zp/7/TP/23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** | |
|  |  |  | |  |

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

(Podpis)

*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 i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. *„Dostępność Plus dla zdrowia”***

***-* Zp/7/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

**OŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Wykonawcy

……………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy

……………………………………………………………………………………

Miejscowość ................................................ Data ................................................

Oświadczamy, że w dniu ………………………… dokonaliśmy wizji lokalnej i zapoznaliśmy się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz uzyskaliśmy informacje potrzebne do przygotowania oferty zgodnie z postanowieniami SWZ nr **Dostawa i montaż / włącznie z demontażem i utylizacją istniejącego / dźwigu szpitalnego Q - 1600 kg - 21 osób w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu / budynek E - zamówienie w ramach projektu pn. „Dostępność Plus dla zdrowia” - Zp/7/TP/23**

Wszystkich niezbędnych informacji udzielił nam upoważniony pracownik Zamawiającego.

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

(data i podpis Wykonawcy)