Załącznik nr 1 do SWZ

***Pakiet nr 1***

**Pulsoksymetr stacjonarny, przenośny wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Pulsoksymetr stacjonarny, przenośny wraz z osprzętem** | **szt.** | **8** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* przenośny pulsoksymetr przyłóżkowy z zasilaniem sieciowo- akumulatorowym
* rok produkcji 2022-2023
* wyświetlane komunikaty w języku polskim
* kolorowy wyświetlacz LCD min. 6 cali o wysokiej rozdzielczości z wyświetlaczem krzywej plazmograficznej
* pulsoksymetr przeznaczony dla pacjentów wszystkich grup wiekowych od noworodków do pacjentów dorosłych wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe. Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta.
* zakres wysycenia SpO2 od 0 do 100%
* dokładność pomiaru saturacji w minimalnym zakresie: dzieci/ dorośli
* zakres częstości tętna od 30 do 230 – 250 uderzeń na minutę
* rozdzielczość 1 uderzenie na minutę
* waga urządzenia od 1 kg. do 1,2 kg.
* uchwyt w obudowie do przenoszenia aparatu
* możliwość zawieszenia na statywie pionowym bądź poziomym
* wymiary 85-90 mm(wys.) x 84-88 mm (szer.)x 245-255 mm( gł.)
* czas ładowania akumulatora nie dłużej niż 5-6 godz.
* wyświetlacz zarówno tabelaryczny jak i graficzny
* minimum 3 tryby pracy wyświetlacza ( duże znaki, duże znaki z krzywą SpO2, duże znaki z mini trenedem, Krzywa SpO2 oraz małe parametry cyfrowe)
* pamięć- zapis ciągły przez 15 minut
* wskaźnik alarmu- komunikat, dźwięk i kontrolka
* poziom alarmu do wyboru- wysoki, średni, niski
* głośność – od 0 do 9
* możliwość min. 4 stopniowego zawieszania alarmów: 30 sekund, 1 minuta, 1,5 min., 2 min.
* alarmy wizualne oraz dźwiekowe SpO2 oraz częstość tętna
* selektywne wyłączane / włączane alarmy dla wszystkich parametrów
* ustalenie granic alarmów wszystkich parametrów
* w zestawie kabel przedłużka do czujników wielorazowych i jednorazowych o długości 2,5 metra kompatybilny z czujnikami typu Nellcor stosowanych w oddziale
* czujniki pomiarowy typu klips wielorazowego użytku w różnych rozmiarach od noworodka, czujnika pediatrycznego do dorosłego o długości 3 metry
* instrukcja w języku polskim
* deklaracja zgodności CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych
* autoryzowany serwis z dostępem do oyginalnych części zamiennych od producenta
* szkolenie personelu w zakresie prawidłowej obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu

***Pakiet nr 2***

**Kardiomonitor wraz z osprzętem i statywem mobilnym z koszykiem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Kardiomonitor wraz z osprzętem i statywem mobilnym z koszykiem/ wieszakiem naściennym z koszykiem** | **szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis :**

- dotykowy ekran LCD o przekątnej nie mniej niż 15 cali

- kardiomonitor przystosowany do przenoszenia

- wbudowane zasilanie akumulatorowe

- wbudowany rejestrator termiczny

- karta sieci bezprzewodowej Wi- Fi

- czas pracy na akumulatorze nie mniej niż 7 godzin

- cicha praca urządzenia- chłodzenie konwekcyjne bez zastosowania wentylatora

- konfigurowanie układu ekranu : kolejność, kolor i ilość krzywych. Wyświetlanie krótkich trendów krzywych dynamicznych. Ekran dużych cyfr

- rozbudowane funkcje zapamiętywania i przeglądu danych

- aplikacje kliniczne:

- Obliczanie i wyświetlanie wskaźnika wczesnego ostrzegania pomagającego rozpoznać wczesne oznaki pogorszenia się stanu pacjenta, wykorzystującego odczyty funkcji życiowych i obserwacje kliniczne

- Scala Glasgow do oceny poziomu świadomości

- Podsumowanie 24 godzinnego monitorowania pacjenta EKG

- System alarmowy pozwalający na dźwiękową i wizualną sygnalizację stanów alarmowych: indywidualne , ręczne ustawienie alarmów poszczególnych parametrów oraz automatyczne ustawienie granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów

- konfiguracje: monitor EKG,NIBP, HR, SpO2, Temperatura, Resp.

-parametry pomiarowe: 12- odprowadzeniowe EKG , Nellcor OxiMax SpO2 kompatybilny z osprzętem używanym w oddziale

-akcesoria pomiarowe w różnych rozmiarach od neonatologicznego, pediatrycznego do dorosłego: mankiety do pomiaru RR, SpO2 kompatybilne z urządzeniem używanym w oddziale

**Osprzęt:**

-komplet 3 noworodkowych końcówek EKG z klipsami

-przewód EKG z gniazdami do 3 jednorazowych elektrod noworodkowych z wtykiem DIN

-wielorazowy czujnik temperatury powierzchniowej dla doroslych

-wielorazowy czujnik temperatury powierzchniowej dla dzieci/ noworodki

-mankiet do pomiaru RR duzy, bez lateksu o obwodzie 33-47 cm.

-mankiet wielorazowy mały do pomiaru RR , bez lateksu obwód ramienia 18- 26 cm.

-mankiet wielorazowy bardzo mały/ pediatryczny , bez lateksu obwód ramienia 10-19 cm.

-mankiet wielorazowy niemowlęcy, bez lateksu obwód ramienia 7-13 cm.

-mankiet jednorazowy noworodkowy, obwód ramienia 3-5 cm ( opakowanie 20 szt.)

-mankiet jednorazowy noworodkowy , obwód ramienia 5-10 cm. ( opakowanie 20 szt.)

-adapter do mankietów noworodkowych do rury połączeniowej ( opakowanie 5 szt.)

-czujnik SpO2 wielorazowy na palec typu klips pediatryczny

-czujnik SpO2 wielorazowy na palec typu klips dla dorosłych

-jednorazowe czujniki SpO2 ( MAX- N) dla dorosłych i dzieci < 3 kg. Lub> 40 kg.) kompatybilne z przewodem używanym w oddziale- 1 opakowanie 24 szt.

-przewód EKG z gniazdami do 3 lub 5 końcówek EKG

-komplet końcówek EKG z klipsami

-przewód połączeniowy do czujników SpO2

-rura połaczeniowa do mankietów

-statyw mobilny z koszykiem pod kardiomonitor, kompatybilny z urządzeniem – 4 szt.

 -wieszak na ścianę kompatybilny z kardiomonitorem wraz z koszykiem na akcesoria- 1 szt.

***Pakiet nr 3***

**Otoskop**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Otoskop** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* dwuczęściowe urządzenie składające sie z rękojeści i główki
* technologia ksenonowo- halogenowa z bezpośrednim oświetleniem
* wizjer optyczny z trzykrotnym powiększeniem o konstrukcji minimalizującej refleksy świetlne ,zapewnia również ostrość obrazu
* dystalne oświetlenie światłowodowe. Homogeniczne oświetlenie przewodu słuchowego oraz błony bębenkowej bez refleksów
* port insuflacyjny do testu pneumatycznego ruchomości błony bębenkowej
* wizjer obracany, łatwo domykający się
* odchylane okienko wzierne
* rękojeść wykonana z wysokiej jakości tworzywa z chromowanym wykończeniem
* otoskop odporny na wstrząsy, uderzenia
* urządzenie zaopatrzne w klips mocujący oraz posiada wbudowany wyłącznik, który wyłącza się automatycznie podczas wsuwania do kieszeni czy wkładany do etui
* możliwość obsługi otoskopu jedną ręką podczas badania
* otoskop kompatybilny z elementami jednorazowego użytku jak wzierniki uszne stosowane w oddziale
* w wyposażeniu baterie typu AA bądź akumulatorowe z ładowarką
* instrukcja obsługi w języku polskim

***Pakiet nr 4***

**Pompa infuzyjna objętościowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Pompa infuzyjna objętościowa** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* pompa infuzyjna objętościowa, elektroniczna służąca do podawania leków/ płynów drogą dożylną
* pompa dostosowana dla pacjenta : noworodek, dziecko, dorosły
* urządzenie z możliwością mocowania do szyny pionowej( np.stojak do kroplówek) i szyny poziomej
* ustawienia parametrów infuzji na kolorowym ekranie dotykowym bądź przyciskami
* ekran nie mniej niż 4 cale
* praca urzadzenia bez zasilania sieciowego min. 9-10 godz. Czas ładowania akumulatora do 100% do 5-6 godz
* ochrona przed zalaniem, porażeniem
* odporność na defibrylację
* aparat infuzyjny mocowany z przodu pompy .Dren w urzadzeniu w pozycji poziomej bądź pionowej
* waga do 2 kg
* uchwyt do przenoszenia pompy
* funkcja Stand-by z możliwością programowania przez użytkownika w zakresie od 1 min do 26 godz.
* możliwość ustawienia trybu nocnego z określeniem czasu rozpoczęcia i zakończenia
* regulacja jasności ekranu min 6 poziomów
* tryb wzywania pielęgniarki
* możliwość ręcznego i automatycznego zablokowania ekranu infuzji w celu wykluczenia niekontrolowanych zamian parametrów
* regulacja głosności minimum do 10 poziomów
* możliwość wyboru czasu automatycznej blokady ekranu na czas : od min. 1 min do 30 min.
* możliwość resetowania ustawień użytkownika przed kolejną infuzją
* możliwość automatycznej kalibracji dowolnego aparatu infuzyjnego z możliwością zapisania nazwy i parametrów w pompie
* napisy na wyświetlaczu w języku polskim
* możliwość pracy z czujnikiem bądź bez czujnika kropli
* wykrywanie i alarmowanie pęcherzyków powietrza w drenie, jeden między pacjentem a pompą, drugi między pompą a kroplówką
* minimum 7 trybów pracy: ml/h, krople na minutę, tryb programowania na podstawie masy ciała pacjenta, tryb dawki indukcyjnej ( wysycajcej), tryb dawki sekwencyjnej z max 6 etapami, tryb podnoszenia i opuszczania , tryb kroplówki ( czujnik kropli)
* możliwość zaprogramowania podaży w co najmniej jednostkach tempa dozowania:

 ng,ug,mg,g,U,KU,IU,IE, mmol, mol, kcal, na minutę, h, 24h, ng/kg, ug/kg, mg/kg, g/kg, U/kg, KU/kg, IU/kg, IE/kg, mmol/kg, mol/kg, kcal/kg, na minutę, h, 24h

* klawiatura numeryczna do wprowadzenia wartości parametrów infuzji
* możliwość wykonania bolusa manualnego konfigurowanego w menu pompy przed infuzją oraz automatyczny programowalny podczas infuzji
* rejestr zdarzeń min 3000 pozycjami z datą i godziną zdarzenia z zapisem czynności wykonywanej na pompie
* prędkość infuzji w zakresie od 0,01-99,00 ml/h programowana co 0,01 ml/h
* prędkośc infuzji w zakresie od 1000-000,00 ml/h programowana co 0,1 ml/h
* zakres prędkości podaży 0,01- 1300 ml/h
* zakres prędkości podaży bolusa 0,1- 1300 ml/h
* mechanizm blokujący swobodny wypływ płynu założony w pompie
* zmiana szybkości infuzji, objętości do podania i czasu bez konieczności przerywania wlewu
* funkcja KVO z mozliwością wyłączenia funkcji przez uzytkownika
* lista leków: min. 30 leków
* parametry infuzji dla leków:

pełna bądź skrócona nazwa, maksymalny bolus,

jednostki stężenia: minimalnego, stosowanego, maksymalnego

jednostki dawki: minimalnej, maksymalnej, stosowanej

* instrukcja obsługi w języku polskim
* obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim
* akustyczno- optyczny system alarmów i ostrzeżeń
* alarmy: okluzji, końca infuzji, rozładowanego akumulatora, braku zasilania, źle założonego aparatu, przypominający o zatrzymaniu infuzji
* instruktarz szkoleniowy

***Pakiet nr 5***

**Aparat elektrokardiograficzny- EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat elektrokardiograficzny EKG + osprzęt + wózek jezdny z koszykiem** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

- Aparat ekg z automatyczną analizą i interpretacją. Wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta

- Sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych

- Możliwe rodzaje badań: Auto, Manual, Spirop, automatyczne do schowka, Automanual, Long

- Zapis badania do pamięci od 1 minuty do 15-20 minut w trybie Long

-Definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu Automanual

-Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy

-Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 5 do 30 sekund

-Kolorowy ekran dotykowy min .7" o rozdzielczości od 800x do 500 pikseli

-Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG; drukowanie wybranej grupy

-Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV

-Prędkość zapisu: 5/6,25/10/12,5/25/50 mm/s

-Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym

-Proste zakładanie papieru

-Szerokość papieru termicznego: 112 mm

-Wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4

-Baza pacjentów i badań; pamięć do min 100 pacjentów lub 100 badań

-Eksport badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB na nośnik typu PenDrive

-EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku typu: pamięć USB

-Detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dla każdego kanału

-Detekcja stymulatora serca

-Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu

-Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego oraz cyfrowy filtr pływania izolinii:
- filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz
- filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz
- filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz

-Interfejs komunikacyjny: 3 x port USB, równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB - PenDrive

-Interfejs komunikacyjny LAN umożliwiajacy wysyłanie zapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej w formie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu na dowolną skrzynkę odbiorczą

-Zasilanie sieciowo-akumulatorowe

-Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora

-Menu wyświetlane na ekranie w języku polskim

-Konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu

-Konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania

-Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna

-Współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami EKG

-Waga < 1,5 kg

- instrukcja obslugi w języku polskim

**Wyposażenie:**

aparat Ekg

kabel 10 – cio odprowadzeniowy

elektrody przyssawkowe kolorowe wielorazowe – pacjent dorosły i pediatryczny ( po 6 szt.)

elektrody kończynowe kolorowe , klipsowe wielorazowe - dorosły i pediatryczny pacjent ( po 4 szt.)

kabel zasilający 1 szt.

papier Ekg kompatybilny z innym aparatem używanym w oddziale

wózek na kółkach służący do umocowania aparatu Ekg wraz z koszykiem na akcesoria – 1 szt.

żel do Ekg

***Pakiet nr 6***

**Wózek anestezjologiczny z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Wózek anestezjologiczny z wyposażeniem** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

-blat roboczy z tworzywa ABS z trójwarstwową galeryjką

-uchwyt boczny do prowadzenia wózka

-2 x szuflada dłuższa o pełnym wysuwie

-4 x szuflady mniejsze węższe o pełnym wysuwie

-4 x koła o średnicy 125 jednorolkowe z czego 2 koła z blokadą

-wymiary wózka :

820-825 szer.

660-665 gł.

990-995 wys.

**Wyposażenie :**

-2 razy szyna sprzętowa

-nadstawka dwurzędowa z 8 uchylnymi pojemnikami

-wieszak na płyny infuzyjne

-uchwyt pojemnika na zużyte igły

-kosz na odpady z kolanowym systemem otwierania

-uchwyt na pojemnik na rękawice jednorazowego użytku

-pojemnik na cewniki

***Pakiet nr 7***

**Aparat Holter EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat Holter EKG + oprogramowanie + osprzęt** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* ilość elektrod 4 – 5
* bezprzewodowa transmisja danych umożliwiająca podgląd zapisu EKG w czasie rzeczywistym
* zakres zapisu od 24 godzin do 7 dni
* zapis na kartę SD
* alarm niskiego stanu baterii
* uruchomienie na żądanie lub automatycznie
* futerał z paskiem
* żel ścierny do Holtera
* oprogramowanie

***Pakiet nr 8***

**Aparat Holter Ciśnieniowy RR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat Holter Ciśnieniowy RR + oprogramowanie + osprzęt** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* Przeznaczony do badań pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w sposób ciągły bądź cykliczny w zalezności od ustawienia w zakresie co 15, 30, 60 minut
* Wymienne mankiety wielorazowego użytku w różnych rozmiarach od niemowlaka, pacjenta pediatrycznego do dorosłego
* Połączenie przez USB
* Możliwość szybkiego rozpoczęcia pracy bez użycia komputera i dedykowanego oprogramowania
* Pamięć do 1000 pomiarów
* Przejrzysty graficznie wyświetlacz
* Klawiatura z przyciskiem zdarzeń
* W komplecie futerał z paskiem
* Możliwość ustawienia okresu pomiarowego dzień/noc
* Regulacja – ustawienia ciśnienia w mankiecie

***Pakiet nr 9***

**Aparat ultrasonograficzny USG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat ultrasonograficzny USG + oprogramowanie+ osprzęt**  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY/WARUNEK** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PUNKTACJA** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA** |
| 1 | Aparat fabrycznie nowy  | TAK  |  |  |
| 2 | Rok produkcji aparatu 2022 lub 2023  | TAK  |  |  |
| 3 | **Konstrukcja**  |  |  |  |
| 4 | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem.  | TAK  |  |  |
| 5 | Przetwornik cyfrowy  | Min. 12-bitowy |  |  |
| 6 | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej  | TAK  |  |  |
| 7 | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania | Min. 7 000 000 | 7 000 000 – 0 pkt>7000 000 – 1,5 pkt |  |
| 8 | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych  | Min. 4  |  |  |
| 9 | Ilość gniazd parkingowych  | Min. 2 |  |  |
| 10 | Dynamika systemu  | Min. 310 dB | 310 dB – 0 pkt>310 dB – 1,5 pkt |  |
| 11 | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu.  | Przekątna ekranu min. 21,5 cali | 21,5 cali – 0 pkt>21,5 cali – 1,5 pkt |  |
| 12 | Konsola aparatu z kubeczkami na głowice po obydwu stronach ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo  | TAK  |  |  |
| 13 | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę  | Przekątna min. 10 cali |  |  |
| 14 | Wysuwana klawiatura alfanumeryczna  | TAK  |  |  |
| 15 | Zakres częstotliwości pracy  | Min. od 1 MHz do 21 MHz. | 1-21 MHz – 0 pkt.>21 MHz – 1,5 pkt. |  |
| 16 | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop)  | Min. 60 000 obrazów |  |  |
| 17 | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop)  | TAK  |  |  |
| 18 | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie  | TAK  |  |  |
| 19 | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode  | Min. 600 s | 600 s – 0 pkt>600 s – 1,5 pkt |  |
| 20 | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop z min. 2 kursorów | TAK  | 2 kursory – 0 pkt.>2 kursory– 1,5 pkt. |  |
| 21 | Regulacja głębokości pola obrazowania  | Min. 1 - 35 cm | 1-35 cm - 0 pkt>35 cm – 1,5 pkt |  |
| 22 | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika  | Min. 70 |  |  |
| 23 | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy  | TAK  |  |  |
| 24 | **Obrazowanie i prezentacja obrazu**  |  |  |  |
| 25 | 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  |  |  |
| 26 | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B  | Min. 3500 obrazów/s | 3500 – 0 pkt>3500 – 1,5 pkt |  |
| 27 | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD)  | Min. 600 obrazów/s | 600 – 0 pkt>600– 1,5 pkt |  |
| 28 | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu TDI  | Min. 1400 obrazów/s | 1400 – 0 pkt>1400 – 1,5 pkt |  |
| 29 | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 10 pasm częstotliwości | 10 pasm – 0 pkt.>10 pasm – 1,5 pkt. |  |
| 30 | Technologia umożliwiająca ciągłe ogniskowanie wzdłuż wiązki ultradźwiękowej na pełnej głębokości obrazowania  | TAK  |  |  |
| 31 | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD)  | TAK  |  |  |
| 32 | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD)  | Min.: +/- 4,0 m/s |  |  |
| 33 | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego  | Min. 0,05 - 20 kHz |  |  |
| 34 | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy  | TAK  |  |  |
| 35 | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach  | TAK  |  |  |
| 36 | Tryb obrazowy wizualizujący mikroprzepływy, nie wykorzystujący detekcji zmiany fazy odbieranego sygnału  | TAK  |  |  |
| 37 | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania)  | TAK  |  |  |
| 38 | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)(przy zerowym kącie bramki)  | Min.: +/- 15,0 m/s |  |  |
| 39 | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera pulsacyjnego  | Min.0,05 do 38 kHz |  |  |
| 40 | Regulacja bramki dopplerowskiej  | Min. 0,5 mm do 20 mm |  |  |
| 41 | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej  | Min. +/- 30 stopni |  |  |
| 42 | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej  | Min. +/- 80 stopni |  |  |
| 43 | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie  | Min. +/- 80 stopni |  |  |
| 44 | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania dwóch spectrów przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich (tzw.dual doppler) możliwe kombinacje: PW/PW, PW/TDI, TDI/TDI  | TAK  |  |  |
| 45 | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicy kardiologicznych Phased Array  | Min.: +/- 16 m/s(przy zerowym kącie bramki) |  |  |
| 46 | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicach Convex i Liniowej  | TAK  |  |  |
| 47 | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego  | Min. 1 - 40 kHz |  |  |
| 48 | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy  | TAK  |  |  |
| 49 | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy działające na sondach Convex i Liniowej  | TAK  |  |  |
| 50 | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki)  | TAK  |  |  |
| 51 | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound”  | Min. 8 | 8 wiązek – 0 pkt>8 wiązek – 1,5 pkt |  |
| 52 | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach  | TAK  |  |  |
| 53 | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD)  | TAK  |  |  |
| 54 | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym  | TAK  |  |  |
| 55 | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych  | TAK  |  |  |
| 56 | Obrazowanie trapezowe współpracujące jednocześnie z obrazowaniem typu „Compound”  | TAK  |  |  |
| 57 | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku  | TAK  |  |  |
| 58 | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerzemin. 20 map  | TAK  | 20 map – 0 pkt>20 map – 1,5 pkt |  |
| 59 | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK  |  |  |
| 60 | Tkankowe obrazowanie elastograficzne w czasie rzeczywistym umożliwiające zobrazowanie różnic sztywności tkanki | TAK  |  |  |
| 61 | Prezentacja elastyczności tkanki w skali kodowanej kolorem. Praca w trybie B /B+ET (elastografia tkankowa) | TAK  |  |  |
| 62 | Pomiar stosunku elastyczności tkanki analizowanej do tkanki referencyjnej | TAK  |  |  |
| 63 | Dostępna pamięć dynamiczna typu Cineloop w obrazowaniu elastograficznym | TAK  |  |  |
| 64 | Pomiar prędkości propagacji fali poprzecznej wraz z jednoczesnym pomiarem atenuacji (tłumienia), pomiary z automatycznym wskaźnikiem poprawności wykonania badania, wyniki pomiarów dostępne w m/s i kPa | TAK  |  |  |
| 65 | **Archiwizacja obrazów** |  |  |  |
| 66 | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem HDD o pojemności min. 800 GB | TAK  | 800 GB – 0 pkt>800 GB – 1,5 pkt |  |
| 67 | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK  |  |  |
| 68 | 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  |  |  |
| 69 | 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  |  |  |
| 70 | Integracja aparatu z systemem Zamawiającego RIS/PACS – koszt po stronie Wykonawcy | TAK  |  |  |
| 71 | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK  |  |  |
| 72 | Videoprinter czarno-biały | TAK  |  |  |
| 73 | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK  |  |  |
| 74 | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK  |  |  |
| 75 | 1. **Funkcje użytkowe**
 |  |  |  |
| 76 | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Min. x35 | 35x – 0 pkt>35x – 1,5 pkt |  |
| 77 | Powiększenie obrazu po zamrożeniu | Min. X18 | 18x – 0 pkt>18x – 1,5 pkt |  |
| 78 | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie  | Min. 10 |  |  |
| 79 | Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów | TAK  |  |  |
| 80 | Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach | TAK  |  |  |
| 81 | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK  |  |  |
| 82 | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK  |  |  |
| 83 | Pełne oprogramowanie do badań:BrzusznychMałych narządówNaczyniowych ŚródoperacyjnychMięśniowo-szkieletowychOrtopedycznychKardiologicznychPediatrycznych  | TAK  |  |  |
| 84 | **Głowice ultrasonograficzne** |  |  |  |
| 85 | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy, wykonana w technologii Single Crystal Podać typ. | TAK  |  |  |
| 86 | Zakres częstotliwości pracy  | Min. 1,0 – 5,0 MHz. |  |  |
| 87 | Liczba elementów | Min. 190 |  |  |
| 88 | Kąt skanowania  | Min. 70 st. |  |  |
| 89 | Obrazowanie harmoniczne  | min. 8 pasm częstotliwości | 8 pasm – 0 pkt>8 pasm – 1,5 pkt |  |
| 90 | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania | TAK  |  |  |
| 91 92 | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ.Zakres częstotliwości pracy. | TAK Min. 2,0 – 12,0 MHz |  |  |
| 93 | Liczba elementów | Min. 800 | 800 elementów – 0 pkt>800 elementów – 1,5 pkt |  |
| 94 | Szerokość pola skanowania  | Max. 40 mm |  |  |
| 95 | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 6 pasm częstotliwości | 6 pasm – 0 pkt>6 pasm – 1,5 pkt |  |
| 96 | Obrazowanie trapezowe | TAK  |  |  |
| 97 | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania | TAK  |  |  |
| 98 | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK  |  |  |
| 99 | Zakres częstotliwości pracy | Min. 6,0 – 18,0 MHz |  |  |
| 100 | Liczba elementów  | Min. 190 |  |  |
| 101 | Szerokość pola skanowania  | Max. 40 mm |  |  |
| 102 | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 6 pasm częstotliwości | 6 pasm – 0 pkt>6 pasm – 1,5 pkt |  |
| 103 | Obrazowanie trapezowe  | TAK  |  |  |
| 104 | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania  | TAK  |  |  |
| 105 | **Głowica kardiologiczna** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy, podać typ | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min. 1-5 MHz |  |  |
|  | Liczba elementów  | Min. 120 |  |  |
|  | Kąt obrazowania | Min. 90 stopni |  |  |
| 106 | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex min. 4,0-8,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 160 stopni dla każdej płaszczyzny, promień max. R10 mm, obrazowanie harmoniczne |  TAK | TAK -1 pkt. NIE – 0 pkt. |  |
| 107 | Możliwość rozbudowy o liniową sondę śródoperacyjną laparoskopową typu giętkiego o szerokości pola skanowania max. 36 mm | TAK | TAK -1 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 108 | Możliwość rozbudowy o głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni | TAK | TAK -1 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 109 | Możliwość rozbudowy o głowice liniowe wykonane w technologii półprzewodnikowej – nie posiadające kryształów piezoelektrycznych | TAK  | TAK -1 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 110 | Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie panoramiczne  | Min.190cm | 190 cm- 0pkt.>191 cm i więcej 1 pkt |  |
| 111 | Możliwość rozbudowy o funkcję umożliwiającą porównanie (fuzję) dwóch sprzężonych obrazów w czasie rzeczywistym: USG / CT / MRI / PET dostępne z trybami obrazowań: B / B+C / B+elastografia | TAK | TAK -1 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 112 | **Inne** |  |  |  |
| 113 | Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer)  | Min. 24 miesiące | 24 miesiące – 0 pkt.25-35 miesięcy – 1 pkt36 miesięcy – 2 pkt.37 miesięcy i więcej – 4 pkt. |  |
| 114 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | TAK  |  |  |
| 115 | Certyfikat CE na aparat i głowice (dokumenty załączyć) | TAK  |  |  |
| 116 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG (dokumenty załączyć) | TAK  |  |  |

***Pakiet nr 10***

**Defibrylator + wyposażenie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Defibrylator + wyposażenie** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

- urządzenie ma zastosowanie w placówkach służby zdrowia

- przenośny dwufazowe urządzenie o mocy od 1-360 J

- czas uruchomienia 2-3 sekundy

- czas ładowania do energii 200 J poniżej 4 sekund

- możliwość przeprowadzenia defibrylacji od momentu włączenia urządzenia mniej niż 8 sekund

- 4 tryby pracy : możliwość przeprowadzenia defibrylacji ręcznej ( kardiowersja) , stymulacji zewnętrznej, monitorowanie funkcji życiowych, tryb AED

- komendy głosowe oraz komunikaty na ekranie prowadzace proces reanimacji w trybie AED- w polskiej wersji językowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi ERC/PRC

- monitorowane parametry życiowe: EKG – 3 i 7 odprowadzeń , HR, SpO2, NIBP, etCO2, Temperatury

- czujnik RKO z monitorowaniem jakości przeprowadzonej resuscytacji

- wskaźnik impedacji kontaktu łyżek defibrylacyjnych

- możliwość przeprowadzenia defibrylacji bezpośredniej ( łyżki defibrylacyjne w 3 rozmairach)

- defibrylator rejestruje, archiwizuje i automatycznie drukuje zdarzenie

- możliwość przeniesienia danego zdarzenia do komputera za pomocą nośnika pamięci jak Pendrive

- posiada łyżki do defibrylacji zarówno dla dorosłych jak i pediatryczne, noworodkowe

- pełne sterowanie za pomocą przycisków umieszczonych na łyżkach oraz panelu defibrylatora

- kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej nie mniej niż 7 cali z możliwością wyświetlania krzywych

- przycisk do przełączania trybu dla dorosłych i trybu dla dzieci z automatyczną zmianą limitów granic alarmowych we wszystkich trybach oraz zmianą poziomu energii wyładowania w trybie AED

- akcesoria do monitorowania pacjenta zarówno dorosłego jak i pediatrycznego kompatybilne z posiadanymi w monitorach w oddziale ( mankiety do pomiaru NIBP w różnych rozmiarach, czujniki SpO2 w różnych rozmiarach, czujniki etCO2 w rożnych rozmiarach, kabel EKG 3 I 7 odprowadzeń, czujnik temepratury)

- kompaktowa wzmocniona obudowa, odporna na zalania i upadki z wysokości

- autotest bez włączenia urządzenia 1 x na dobę bądź 1 x w tygodniu o stałej porze z wydrukiem przeprowadzonego testu

- wbudowana drukarka termiczna

- regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji

- waga 5-6 kg

- akumulator o wysokiej pojemności z krótkim czasem ładowania

**Wyposażenie:**

- żel do defibrylacji

- kabel zasilający

- komplet elektrod jednorazowych

- jednorazowe elektrody do zewnętrznej stymulacji zarówno dla dorosłych jak i noworodkowe i pediatryczne

- papier do drukarki

- kable i czujniki od: EKG,NIBP,SpO2, Temperatury wielorazowego użytku

- przewód połaczeniowy z jednorazowymi elektrodami do defibrylacji zewnętrznej zarówno dla dorosłych jak i pediatryczny- po 1 kpl.

- przewód EKG 3/5 odprowadzeń z kompletem końcówek EKG z klipsami

- przewód połaczeniowy z czujnikiem wielorazowym i jednorazowym SpO2 na palec typu klips dla dorosłych i dzieci, kompatybilny z urządzeniami uzywanymi w oddziale

- rura połaczeniowa do mankietów w różnych rozmiarach kompatybilne z urządzeniami uzywanymi w oddziale

- przewód oraz 5 czujników do pomiaru ciśnienia inwazyjnego BD

- linia próbkująca z pułapką do pomiaru CO2 dla dorosłych i dzieci

- instrukcja obsługi w języku polskim

- wózek na kółkach z szufladami na akcesoria kompatybilny z defibrylatorem

***Pakiet nr 11***

**Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* pompa dwustrzykawkowa z możliwością stosowania strzykawek o pojemności od 2 ml,

 5 ml , 10 ml, 20 ml , 50/60 ml.

* automatycznie rozpoznawanie rozmiaru strzykawki
* zakres przepływu (co 0.1mL/h): 0.1-150mL/h dla strzykawki 5mL; 0.1-300mL/h dla strzykawki 10mL; 0.1-400mL/h dla strzykawki 20mL; 0.1-600mL/h dla strzykawki 30mL; 0.1-1200mL/h dla strzykawki 50mL
- dokładność: +/-2%
* możliwość stosowania strzykawek wymiennie na obu torach
* objętość infuzji: 0.1-9999 ml
* szybkośc dozowania od 0,1 do 9999 ml/h z dokładnością do 0,1 ml/h
* możliwość niezależnego programowania szybkości podawania dla każdego toru oddzielnie
* szybkość i objętość można programować podczas pracy pompy
* kompatybilna z każdą marką strzykawek
* kolorowy wyświetlacz LCD
* funkcja bolusa bez użycia rąk
* antybolus szybko redukuje cisnienie i uwalnia okluzję
* Funkcja Standby (czuwanie): po zakończeniu pracy pompa przechodzi w stan czuwania, klawiatura automatycznie się blokuje
* obsługa w języku polskim
* funkcja , która pozwoli bez zatrzymywania pracy pompy zmienić parametry
* biblioteka leków: można wpisać min. 50 nazw leków
* alarmy m.in: niedługo strzykawka będzie pusta, koniec iniekcji, przekroczenie czasu pauzy, niski poziom baterii, bateria rozładowana, problem z baterią, przerwane zasilanie, problem z zasilaniem, problem z zaciskiem, okluzja, nieodpowiednia strzykawka, praca na pustej strzykawce, wyciek, problem z czujnikiem ciśnienia, błąd parametru, błąd w rozmiarze strzykawki
* bateria: czas pracy nie mniej niż 10 godzin przy przepływie 5ml/h
* waga: max. 3 kg
* możliwość zawieszenia na statywie pionowym bądź poziomym

**Wyposażenie:**

* Kabel zasilający
* Oryginalne opakowanie
* Instrukcja obsługi w języku polskim
* Certyfikat Zgodności

***Pakiet nr 12***

**Respirator kliniczno transportowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Respirator transportowy** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

- Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia

- Rok produkcji 2022/2023

-Respirator dla dorosłych, dzieci i noworodków

- Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonych gazów od 3,0 do 6,0 bar lub z butli < 15 l/min, max 600 hPa

- Respirator transportowy

- Waga respiratora max 6,5 kg.

- Na podstawie jezdnej

- Respirator przeznaczony do transportu wewnątrz szpitalnego, w karetce, w transporcie lotniczym

- Zasilanie 100-240 V 50 Hz+/-10% , 12 -24 VDC

- Awaryjne zasilanie respiratora z wewnętrznych akumulatorów min 480 minut

- Wewnętrzna turbina pozwalająca na pracę respiratora bez elektrycznego zasilania zewnętrznego

- Monitor z kolorowym ekranem, dotykowym min 8”

**- nebulizator**

**Tryby wentylacji:**

* CMV
* PCV
* Wentylacja spontaniczna wspomagana ciśnieniem
* Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, DuoPAP, Bilevel
* APRV
* SIMV
* nCPAP
* Adaptacyjny tryb wentylacji w zamkniętej pętli oddechowej wg wzoru Mead’a dla pacjentów aktywnych i pasywnych oddechowo
* NIV/NIV-ST
* Terapia wysokimi przepływami tlenu min. 0 80 l/min
* CPR

**Parametry nastawienia:**

* Częstość oddechów 1-80 odd/min
* Objętość wdechowa 2 - 2000 ml
* PEEP/CPAP 0-35 cmH2O
* Stężenie tlenu 21-100%
* Stosunek I:E 1:9 do 4:1
* Czas wdechu 0.1 do 12,0 sek
* Wyzwalanie przepływem 0,1 do 20 l/min
* Ciśnienie wdechu 5 – 60 cm H2O powyżej PEEP/CPAP
* Ciśnienie wspomagania minimalny zakres od 0 do 60 cm

H2O powyżej PEEP/CPAP

- Czas narastania ciśnienia 0 – 2000 ms

-Czułość rozpoczęcia fazy wydechu minimalny zakres od 5 do 80% przepływu szczytowego wdechowego

-Przepływ szczytowy spontaniczny >210 l/min

-Regulowany czas bezdechu

**-Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji**

-Możliwość wyboru parametrów monitorowanych

-Szczytowe ciśnienie

-Średnie ciśnienie

-Ciśnienie plateau

-Ciśnienie PEEP/CPAP

-Szczytowy przepływ wdechowy

 -Szczytowy przepływ wydechowy

-Całkowita objętość wydechowa

-Całkowita objętość wdechowa

-Objętość pojedynczego oddechu

-Wydechowa objętość minutowa

-Wydechowa objętość minutowa oddechów spontanicznych

 -% objętość przecieku

-Stosunek wdechu do wydechu

-Całkowita częstość oddechów

-Całkowita częstość oddechów spontanicznych

-Procentowa ilość oddechów spontanicznych

-Czas wdechu i wydechu

-Podatność statyczna płuc

-Index dyszenia RSB

-PO.1

-Wysiłek oddechowy pacjenta PTP

-Stała czasowa wydechu

-Koncentracja O2 (FiO2)

-Stała czasowa wydechowa RCexp

-Wdechowy opór przepływu Rinsp.

-AutoPEEP

-Obrazowanie krzywych w czasie rzeczywistym – objętość, przepływ, ciśnienie,3 krzywe obrazowane jednocześnie

-Pamięć do 1000 zdarzeń

-Możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analiz

 -Wizualizacja pracy płuc pacjenta w czasie rzeczywistym

-Pomiar parametrów wentylacji w czasie rzeczywistym poprzez czujnik proksymalny

**Alarmy**

-Niskiej / wysokiej objętości minutowej

 -Wysokiego / niskiego ciśnienia wdechowego

-Niskiej / wysokiej objętości oddechowej

-Niskiej / wysokiej częstości oddechów

-Czasu bezdechu

-Poziomu koncentracji tlenu

-Rozłączenia układu pacjenta

-Zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta

-Sensora przepływu

-Brak zasilania elektrycznego

-Niski poziom naładowania baterii

-Brak zasilania w tlen

-Poziom głośności alarmów – ustawialny

**Inne funkcje i wyposażenie**

-Możliwość rozbudowy o pomiar CO2 ze strumienia głównego lub bocznego

-Możliwość rozbudowy o funkcję zastawki foniatrycznej

-Uchwyt do montażu respiratora na szynie w karetce

-Uchwyt do montażu nawilżacza na szynie

-Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów

-Integralny nebulizator synchroniczny

-Złącze USB

-Możliwość zdalnego monitoringu, bezprzewodowo

-Ramię podtrzymujące układ pacjenta

-Funkcja „zawieszenia” pracy respiratora (Standbay)

-Autotest aparatu samoczynny i na żądanie

-Układ jednorazowy z czujnikiem przepływu dla dzieci i dorosłych– 20 szt

-Ukłąd pacjenta noworodkowy z czujnikiem przepływu – 20 szt

-Układ pacjenta noworodkowy z komorą samonapełniającą się do nawilżacza – 15 szt

-Czujnik przepływu dla noworodków

-Rękaw zabezpieczający układ pacjenta w transporcie

-Komunikacja i instrukcja obsługi w języku polskim

|  |
| --- |
|  |
|  |

***Pakiet nr 13***

**Spirometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Spirometr + oprogramowanie+ osprzęt** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

- Spirometr działający w oparciu o podłączenie do laptopa

- Zasilany z USB Laptopa

- Aparat dostarczony z oprogramowaniem

- Urządzenie mierzące pojemność życiową płuc oraz przepływy powietrza, do wykonywania badań przesiewowych, pomocny w diagnostyce chorób płuc

- Urządzenie przeznaczone do badania dzieci i dorosłych

- Pomiary: TV, SVC, FVC, FIVC, FVC+FIVC i MVV zawierające bazę (PRE) i fazy rozkurczania oskrzeli (POST)

- Każde – możliwe do wykonania badanie - jest przedstawione w postaci ikony obrazującej je w charakterystyczny sposób

Wszystkie główne komendy (generuj raport, uruchom animacje dla dzieci, wykonaj kalibrację, wydrukuj raport itp) również przedstawiane w postaci ikon

- Aparat wyposażony w czujnik w postaci pneumotachu. Pneumotach jednorazowy

- Brak konieczności kalibracji pneumotachów ze względu na ich kalibrowanie w fabryce

- każda partia pneumotachów zaopatrzona jest w kod kalibracyjny wpisywany w odpowiednie miejsce oprogramowania

-Opcjonalnie dostępne filtry bakteryjne

-Na żądanie spirometr może być dostarczony z 3 litrową strzykawką kalibracyjną

-Aparat wyposażony jest w stację pogodową:

zakres pomiarowy temperatury : +10 …+40 stC

relatywny zakres wilgotności : 5 …. 85%

zakres ciśnienia barometrycznego : 600… 1060hPa

Korekcja temperatury - automatyczna

-Zakres objętości 0-14l

-Zakres przepływu +-14l/sec

-Dokładność pneumotachu: 3% bez kalibracji, 2% z kalibracją objętości

-Przeciwciśnienie pnaumotachu: poniżej 0,06 kPa/(l/s), spełnia normy ATS, ACCP i ECCS

-Maksymalny czas trwania jednego pomiaru 60 s

-Maksymalna ilość pomiarów - 8 pomiarów na fazę

-Każdemu badaniu towarzyszy wyświetlanie charakterystycznych dla nich krzywych czy pętli obrazujących wykonanie badania

Ułatwienie wykonania badania FVC dzięki wyświetlaniu słupka w kolorze czerwonym, który po upływie 6 sekund zmienia kolor na zielony.

- Dostępna automatyczna i ręczna interpretacja wyników

- Obliczanie wieku płuc

- Interpretacja funkcji wentylacji i badania rozkurczania oskrzeli

- Funkcje importu i eksportu oparte na XML

- Aparat mierzący nie mniej najmniej 102 zmienne pomiaru, m.in.: TV; FR; MV; czas; VC; VC%(FVC); VC/FEF25-75; IRV; ERV; IC; EC; FVC; FEV0.25; FEV0.5; FEV0.75; FEV1; FEV2; FEV3; FEV4; FEV5; FEV6; FVC%(VC); FVC/FEF25-75; FEV0.25%(VC); FEV0.25%(FVC); FEV.25%(FEV6); FEV0.5%(VC); FEV0.5%(FVC); FEV0.5%(FEV6); FEV0.75%(VC); FEV0.75%(FVC); FEV0.75%(FEV6); FEV1%(VC); FEV1%(FVC); FEV1%(FEV6); FEV1%(FIV1); FEV1/PEF; FEV2%(VC); FEV2%(FVC); FEV2%(FEV6); FEV3%(VC); FEV3%(FVC); FEV3%(FEV6); FEV4%(VC); FEV4%(FVC); FEV4%(FEV6); FEV5%(VC); FEV5%(FVC); FEV5%(FEV6); PEF; PEF%(PIF); RT10-90; RT10-90; DT95; PEFT; FEF25; FEF50; FEF75; FEF25-75%; METT; AEFV; FET; EV; EV%(FVC); LAGE; FIVC; FIV0.5; FIV1; PIF; FIF25; AIFV; MVV; MVVFR; MVVT; VCDIFF; FEV1DIFF; PEFDIFF; MVVDIFF

Możliwość wyboru : mierzonych parametrów oraz tych ostatecznie prezentowanych w raporcie

- Możliwość ustawiania jednostek metrycznych

- Badania czynnościowe płuc dają możliwość porównania wyników badania konkretnego pacjenta z wartościami należnymi lub z poprzednim wynikiem pacjenta

- W trakcie wykonywania badań możliwość zaakceptowania lub nie wykonanej próby

- Wszystkie badania spirometryczne zaczynają się od identyfikacji pacjenta. Dane personalne nowego pacjenta wprowadzane są do bazy danych. Dane personalne pacjenta, który miał wykonaną spirometrię z wykorzystaniem niniejszego oprogramowania znajdują się w bazie danych i można je wykorzystać.

- Baza zawiera poniższe informacje:

· dane personalne wprowadzone przez użytkownika oprogramowania

· dane z badania spirometrycznego

· wyniki z badań obliczone przez oprogramowanie

- Pola, które należy obowiązkowo wypełnić, zanim jakiekolwiek badanie może zostać wykonane:

· wartości należne

· płeć

· numer identyfikacji lub kod pacjenta

· data urodzenia

· wzrost

· waga

Pola dodatkowe :

- przyczyna wykonania badania

- czy palił papierosy

- brane leki

Jeśli pacjent jest w bazie danych to do następnego badania można go z niej wybrać

- Możliwość wyboru wartości należnych. Wartości należne reprezentują przewidywalne wyniki badań czynnościowych dla pacjenta. Wybór zestawu (inny niż domyślny) jest ważny tylko dla bieżącego badania. Kiedy badanie jest zakończone do dalszych badań użyty zostanie domyślny zestaw wartości. Domyślny zestaw wartości należnych może zostać zmieniony.

- Modele predykcyjne w spirometrii diagnostycznej zawierają co najmniej 32 pozycje.

- Z powodów jakościowych wyniki są obliczane z pełnego cyklu oddechowego. Oznacza to, że każdy wdech i wydech jest rozpatrywany osobno do wykonania obliczeń.

- Po wykonaniu badania generowany jest raport końcowy

- Raport końcowy zapisywany jest w PDF. Możliwość wysyłania raportu końcowego mailem

- Możliwość uzyskania trendów na podstawie uzyskanych raportów

- Max wymiary urządzenia: 107x70x18 mm

- Ciężar urządzenia: 290- 305 g

- Podłączenie urządzenia do komputera poprzez USB

- Specjalne pnaumotachy typu SpiroSafe. Sterylizacja nie jest wymagana, cały przetwornik przepływu jednorazowy. Materiał z którego jest wykonany to polietylen, który może być utylizowany

-Minimalne wymagania dot. komputera:

- Systemy operacyjne: obowiązujące w Szpitalu

- Rozdzielczość ekranu - 1024x768 (minimum)

1600x1200 - Zalecany w przypadku korzystania z animacji dla dzieci

- CPU 1 GHz lub szybszy dwu rdzeniowy - w przypadk korzystania z animacji dla dzieci

- RAM -min 1 GB, zalecany 2 GB lub większy

- Napęd CD zalecany

- USB do podłączenia Medikro

-Standardy bezpieczeństwa :

EC/EN60601-1, IEC/EN60601-1-2, IEC/EN60601-1-6, IEC/EN60601-1-9 lub równoważne.

Inne standardy : ISO 26782, IEC/EN 62366 lub równoważne.

Osprzęt:

komputer typu laptop

drukarka

oprogramowanie

jednorazowe ustniki

***Pakiet nr 14***

**Analizator parametrów krytycznych- gazometr + osprzęt + wózek mobilny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Analizator parametrów krytycznych + osprzęt +wózek mobilny** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp |  OPIS |
| 1 | Analizator fabrycznie nowy z dedykowanym wózkiem mobilnym, pozwalającym na umocowanie aparatu i jego mobilność |
| 2 | Analizator bezobsługowy tj. bez zewnętrznej butli z gazem, bez konieczności wymiany poszczególnych butelek z odczynnikami, bez konieczności wymiany membran i pojedynczych elektrod pomiarowych |
| 3 | Sonda aspiracyjna wymieniana razem z modułem odczynnikowym, niewymagająca dodatkowych czynności konserwacyjnych i obsługowych |
| 4 | Parametry mierzone jednocześnie pH, pO2, pCO2, Na, K, Ca, Cl, Glukoza, Mleczany, nBili, ctHb, FO2Hb, FCOHb, FMetHb |
| 5 | Objętość materiału badanego do 100 µl dla pełnego panelu oznaczeń |
| 6 | Czas uzyskania wyniku nie więcej niż 60 sekund |
| 7 | Możliwość wykonywania badania diagnostycznego z krwi żylnej, tętniczej lub włośniczkowej ze strzykawki lub kapilary, dializatów, płynów opłucnowych |
| 8 | Bezpieczny system pobierania próbki z eliminacją mikroskrzepów, bez konieczności stosowania dodatkowych przejściówek na strzykawki lub kapilary |
| 9 | Wykonanie badania możliwe, z kapilary, strzykawki i  ampułki |
| 10 | Możliwość dowolnej konfiguracji parametrów w oprogramowaniu. Wybór dowolnego panelu konfiguracji bezpośrednio z ekranu |
| 11 | Aparat wyposażony w inteligentny system ciągłego monitoringu integralności próbki w trakcie badania, umożliwiającym flagowanie lub wyłączenie wyników, co do których istnieje ryzyko interferencji z powodu takich przyczyn leżących w materiale badanym takich jak mikroskrzepy, pęcherzyki powietrza lub inne substancje mogące powodować interferencje |
| 12 | Możliwość drukowania raportów dotyczących próbek pacjentów, materiałów kontrolnych i kalibracji. Wbudowana funkcja podglądu wyników kontroli jakości w postaci wykresów Levey-Jenningsa |
| 13 | Możliwość wprowadzania ID operatora i konfiguracji 4 różnych poziomów dostępu dla operatorów |
| 14 | Brak limitu czasowego przy wpisywaniu danych demograficznych pacjenta |
| 15 | Możliwość archiwizacji wyników pacjentów, kontroli jakości oraz wyników kalibracji na USB, z opcją szyfrowania danych.  |
| 16 | Wbudowany system automatycznej kontroli jakości zapewniający codzienną kontrolę aparatu na co najmniej trzech poziomach kontrolnych, każdy z niezależnym zakresem referencyjnym, bez konieczności uzupełniania materiału kontrolnego lub innej ingerencji operatora, przez co najmniej 28 dni. Płyny kontrolne niezależne od płynów kalibracyjnych.  |
| 17 | Wszystkie materiały zużywalne niezbędne do prawidłowej pracy analizatora zintegrowane w postaci trzech wymiennych kaset o terminie ważności minimum 10 dni |
| 18 | Możliwość przerwania kalibracji celem wykonania próbki pilnej |
| 19 | Wbudowany czytnik kodów kreskowych 1D i 2D |
| 20 | Opcja sygnalizacji zanieczyszczenia próbki substancjami mogącymi wywoływać interferencje |
| 21 | Komunikacja aparatu z użytkownikiem za pomocą kolorowego ekranu dotykowego, poprzez system łatwych do identyfikacji ikon funkcyjnych, menu w języku polskim |
| 22 | Wbudowane instruktażowe filmy video w języku polskim, ułatwiające m.in sprawną wymianę pakietów odczynnikowych oraz poprawne przeprowadzenie badania |
| 23 | Aparat umożliwiający dwukierunkową komunikację z systemami informatycznymi klasy LIS/HIS z możliwością podłączenia poprzez sieć bezprzewodową w standardzie WiFi |
| 24 | Możliwość równoległej komunikacji poprzez 2 porty: Ethernet i RS232 |
| 25 | Brak dodatkowych zewnętrznych kalibratorów dla kalibracji i walidacji jakichkolwiek parametrów w ramach procedur wymaganych i zalecanych przez producenta |
| 26 | Bezpieczny system aplikacji próbki bez ryzyka przypadkowego zakłucia operatora i bez konieczności przytrzymywania medium przez operatora w trakcie pobierania materiału przez analizator |
| 27 | Niezależny od pakietu odczynnikowego moduł automatycznej kontroli jakości |

Osprzęt:

* kapilary do gazometrii o pojemności 100ul plastikowe- 1 opakowanie 400- 500 szt. Heparyna balansowana z jonami dedykowane do analizatora
* strzykawki do gazometrii o pojemności 1 ml. Heparyna balansowana jonami wapnia. Zatyczka z odpowietrznikiem. Aspiracyjne . 1 opakowanie 100-200 szt.
* zestaw zapasowych filtrów powietrza
* papier do wbudowanej drukarki
* książka- instrukcja obsługi w języku polskim

Aparat kompatybilny wraz z osprzętem z aparatami posiadanymi w szpitalu.

Połączenie analizatora z systemem informatycznym HIS Zamawiającego na koszt Wykonawcy

System zabezpieczenia analizatora przed zanikiem napięcia np.podłączenie UPS min. przez 30min.

***Pakiet 15***

**Urządzenie do diagnostyki audiologicznej – videootoskop**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***CENA BRUTTO*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Urządzenie do diagnostyki audiologicznej- videootoskop** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Opis:**

* obraz wysokiej jakości FULL- HD nie niej niż ( 1920x 1080)
* oświetlenie LED białym światłem
* ostrość regulowana manualnie zakres nie mniej niż ( 25-100 mm)
* wbudowany wyświetlacz TFT- LCD nie mniej niż ( 1440 x 1080 pixeli) , przekątna ok. 3"
* rejestracja zdjęć (jpg) i filmów
* pamięć nie mniej niż 8 GB- karta SD w zestawie
* jednoczesny podgląd na żywo na wyświetlaczu i w programie MAESTRO
* zasilanie akumulatorowe Li- Ion, nie mniej niż 4 godz. ciągłej pracy , ładowanie akumulatora nie mniej niż 4- 5 godz.
* Wymiary nie mniej niż : szer. 7-8 cm x wys. 18-20 cm. gł. 7-8 cm.
* Waga : nie więcej niż 300 g.
* Oprogramowanie komputera w języku polskim do wspóracy z komputerami używanymi w Szpitalu (kompatybilność NOAH i systemem informatycznym używanym w szpitalu)
* wyjście video: cyfrowe -USB 2.0 ( mini USB) , analogowe- komposytowe AV
* klasyfikacja MDR: MDR (EU) 2017/745 klasa I

**Osprzęt:**

* komputer typu laptop
* videootoskop z kartą SD 8 GB
* kabel USB typ A /B, kabel RCA-RCA
* zasilacz sieciowy ( ładowarka USB)
* zestaw wzierników jednorazowych dedykowanych dla dorosłych 3,5 ( 40 szt)
* zestaw wzierników jednorazowych dedykowanych dla dzieci 3,0 ( 40 szt)

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 ( Wykonawca) (Data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego pn. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie" – Zp /22/PN/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 działaność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr .... do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr …….. *(****z wyjątkiem pakietu nr 9****, należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie:…………………………………………………

……………………………………………………... złotych),

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

.................................................................................................... złotych).

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

7. **Dla pakietu nr 9**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie:…………………………………………………

……………………………………………………... złotych),

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

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy dla pakietu nr 9 **(zaznaczyć właściwe):**

Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania – min 7000 000 : **7000 000 – 0 pkt.** **>7000 000 – 1,5 pkt.**

Dynamika systemu - min. 310 dB : **310 dB – 0 pkt >310 dB – 1,5 pkt**

Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu - Przekątna ekranu min. 21,5 cali : **21,5 cali – 0 pkt**

**>21,5 cali – 1,5 pkt**

Zakres częstotliwości pracy min od 1 MHz do 21 MHz : **1-21 MHz – 0 pkt** **>21 MHz – 1,5 pkt**

Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode Min. 600 s : **600 s – 0 pkt** **>600 s – 1,5 pkt**

 Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop z min. 2 kursorów :

**2 kursory – 0 pkt. >2 kursorów– 1,5 pkt.**

Regulacja głębokości pola obrazowania Min. 1 - 35 cm : **1-35 cm – 0 pkt. >35 cm – 1,5 pkt.**

Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B Min. 3500 obrazów/s : **3500 – 0 pkt** **>3500 – 1,5 pkt**

Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) Min. 600 obrazów/s : **600 – 0 pkt >600 – 1,5 pkt**

 Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu TDI Min. 1400 obrazów/s : **1400 – 0 pkt** **>1400 – 1,5 pkt**

Obrazowanie harmoniczne Min. 10 pasm częstotliwości : **10 pasm – 0 pkt**  **>10 pasm – 1,5 pkt**

Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” Min. 8 : **8 wiązek – 0 pkt** **>8 wiązek – 1,5 pkt**

 Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 20 map : **20 map – 0 pkt.** **>20 map – 1,5 pkt.**

Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem HDD o pojemności min. 800 GB : **800 GB – 0 pkt. >800 GB – 1,5 pkt.**

Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym Min. x35 : **35x – 0 pkt. >35x – 1,5 pkt.**

Powiększenie obrazu po zamrożeniu Min. X18 : **18x – 0 pkt.**  **>18x – 1,5 pkt**.

**Głowica Convex** - Obrazowanie harmoniczne min. 8 pasm częstotliwości : **8 pasm – 0 pkt. >8 pasm – 1,5 pkt.**

**Głowica Liniowa** - Liczba elementów Min. 800 : **800 elementów – 0 pkt. >800 elementów – 1,5 pkt.**

**Głowica Liniowa** - Obrazowanie harmoniczne Min. 6 pasm częstotliwości : **6 pasm – 0 pkt. >6 pasm – 1,5 pkt**.

**Głowica Liniowa** - Obrazowanie harmoniczne Min. 6 pasm częstotliwości : **6 pasm – 0 pkt. >6 pasm – 1,5 pkt.**

Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex min. 4,0-8,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 160 stopni dla każdej płaszczyzny, promień max. R10 mm, obrazowanie harmoniczne **: TAK- 1 pkt. NIE – 0 pkt.**

 Możliwość rozbudowy o liniową sondę śródoperacyjną laparoskopową typu giętkiego o szerokości pola skanowania max. 36 mm : **TAK- 1 pkt. NIE – 0 pkt**

Możliwość rozbudowy o głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni : **TAK- 1 pkt.NIE – 0 pkt**

Możliwość rozbudowy o głowice liniowe wykonane w technologii półprzewodnikowej – nie posiadające kryształów piezoelektrycznych : **TAK- 1 pkt.NIE – 0 pkt**

Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie panoramiczne Min.190cm : **190 cm – 0 pkt. >191 cm i więcej – 1 pkt.**

Możliwość rozbudowy o funkcję umożliwiającą porównanie (fuzję) dwóch sprzężonych oobrazów w czasie rzeczywistym: USG / CT / MRI / PET dostępne z trybami obrazowań: B / B+C / B+elastografii : **TAK- 1 pkt.**

**NIE – 0 pkt.**

Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer) Min. 24 miesiące **: 24 miesiące – 0 pkt. 25 - 35 miesięcy– 1 pkt. 36 miesięcy – 2 pkt. 37 miesięcy i więcej – 4 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.***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).*Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer[], data[], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S:**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa:  | **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego** |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | **Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | **Zp/22/PN/23** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ][ ] |
| Adres pocztowy:  | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):Telefon:Adres e-mail:Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……][……][……][……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):**czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego?**Jeżeli tak,**jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych?Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie[…][….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:**Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.** a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10):d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?**Jeżeli nie:****Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.****WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:  | a) [……]b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……]c) [……]d) [] Tak [] Niee) [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. |
| **Jeżeli tak**:a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.):b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia:c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]b): [……]c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko, wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane:  | [……],[……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V?  | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] NieJeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców: […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;

**korupcja[[14]](#footnote-14)**;

**nadużycie finansowe****[[15]](#footnote-15)**;

**przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**

**pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**

**praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje?  | [] Tak [] NieJeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20):a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania;b) wskazać, kto został skazany [ ];**c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]b) [……]c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („**samooczyszczenie”)**? | [] Tak [] Nie  |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać:a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy;b) jakiej kwoty to dotyczy?c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków:1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?Proszę podać datę wyroku lub decyzji.W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie[] Tak [] Nie[……][……]c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]b) [……]c1) [] Tak [] Nie[] Tak [] Nie[……][……]c2) [ …]d) [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[[24]](#footnote-24)[……][……][……] |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)?[] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji:a) **zbankrutował**; lubb) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lubc) zawarł **układ z wierzycielami**; lubd) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lube) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lubf) jego działalność gospodarcza jest zawieszona?**Jeżeli tak:**Proszę podać szczegółowe informacje:Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie[……][……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**? Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca** zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy[…] |
| **Czy wykonawca lub** przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie[…] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?**Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy[…] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie**Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że:**nie jest** winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;b) **nie zataił** tych informacji;c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; orazd) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | Nie dotyczy |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki:  | [] Tak [] Nie[……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

**: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji**

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**~~A: Kompetencje~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Kompetencje~~** | **~~Odpowiedź~~** |
| **~~1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym~~** ~~prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy~~~~[[32]](#footnote-32)~~~~:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[…](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| **~~2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:~~**~~Czy konieczne jest~~ **~~posiadanie~~** ~~określonego~~ **~~zezwolenia lub bycie członkiem~~** ~~określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] NieJeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jego („ogólny”)~~ **~~roczny obrót~~** ~~w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~**~~:i/lub~~**~~1b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[33]](#footnote-33)~~ ~~(~~**~~)~~**~~:~~**~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~2a) Jego roczny („specyficzny”)~~ **~~obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem~~** ~~i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:~~**~~i/lub~~**~~2b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[34]](#footnote-34)~~~~:~~**~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] walutarok: [……] obrót: [……] […] waluta(liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) W odniesieniu do~~ **~~wskaźników finansowych~~~~[[35]](#footnote-35)~~** ~~określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e):Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y~~~~[[36]](#footnote-36)~~ ~~– oraz wartość):[……], [……]~~~~[[37]](#footnote-37)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~5) W ramach~~ **~~ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego~~** ~~wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:~~**~~Jeżeli t~~**~~e informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……] […] waluta(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~6) W odniesieniu do~~ **~~innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych~~**~~, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, żeJeżeli odnośna dokumentacja, która~~ **~~mogła~~** ~~zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~C: Zdolność techniczna i zawodowa~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Zdolność techniczna i zawodowa~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~1a) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na roboty budowlane~~**~~:W okresie odniesienia~~~~[[38]](#footnote-38)~~ ~~wykonawca~~ **~~wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju~~**~~: Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]Roboty budowlane: [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~1b) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi~~**~~:W okresie odniesienia~~~~[[39]](#footnote-39)~~ ~~wykonawca~~ **~~zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju~~**~~:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych~~~~[[40]](#footnote-40)~~~~:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]~~

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ~~Opis~~ | ~~Kwoty~~ | ~~Daty~~ | ~~Odbiorcy~~ |
|  |  |  |  |

 |
| ~~2) Może skorzystać z usług następujących~~ **~~pracowników technicznych lub służb technicznych~~~~[[41]](#footnote-41)~~**~~, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:~~ | ~~[……][……]~~ |
| ~~3) Korzysta z następujących~~ **~~urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości~~**~~, a jego~~ **~~zaplecze naukowo-badawcze~~** ~~jest następujące:~~  | ~~[……]~~ |
| ~~4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy~~ **~~zarządzania łańcuchem dostaw~~** ~~i śledzenia łańcucha dostaw:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~5)~~ **~~W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:~~**~~Czy wykonawca~~ **~~zezwoli~~** ~~na przeprowadzenie~~ **~~kontroli~~~~[[42]](#footnote-42)~~** ~~swoich~~ **~~zdolności produkcyjnych~~** ~~lub~~ **~~zdolności technicznych~~**~~, a w razie konieczności także dostępnych mu~~ **~~środków naukowych i badawczych~~**~~, jak również~~ **~~środków kontroli jakości~~**~~?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |
| ~~6) Następującym~~ **~~wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi~~** ~~legitymuje się:a) sam usługodawca lub wykonawca:~~**~~lub~~** ~~(w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):b) jego kadra kierownicza:~~ | ~~a) [……]b) [……]~~ |
| ~~7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące~~ **~~środki zarządzania środowiskowego~~**~~:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~8) Wielkość~~ **~~średniego rocznego zatrudnienia~~** ~~u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące~~ | ~~Rok, średnie roczne zatrudnienie:[……], [……][……], [……][……], [……]Rok, liczebność kadry kierowniczej:[……], [……][……], [……][……], [……]~~ |
| ~~9) Będzie dysponował następującymi~~ **~~narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi~~** ~~na potrzeby realizacji zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~10) Wykonawca~~ **~~zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom~~~~[[43]](#footnote-43)~~** ~~następującą~~ **~~część (procentową)~~** ~~zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~11) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~:Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności.Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności.Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[] Tak [] Nie(adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~12) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~:Czy wykonawca może przedstawić wymagane~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez urzędowe~~ **~~instytuty~~** ~~lub agencje~~ **~~kontroli jakości~~** ~~o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[…](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych~~ **~~norm zapewniania jakości~~**~~, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~**~~?~~**~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~** ~~mogą zostać przedstawione:Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie[……] [……](adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:~~**

**~~Wykonawca oświadcza, że:~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Ograniczanie liczby kandydatów~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~W następujący sposób~~ **~~spełnia~~** ~~obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej~~~~[[44]](#footnote-44)~~~~, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich:~~ | ~~[….][] Tak [] Nie~~~~[[45]](#footnote-45)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~~~[[46]](#footnote-46)~~ |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis(-y): [……]

*Załącznik nr 4a do SWZ*

 **Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. 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).

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ*,* polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………………………………………………………...…………………………………….… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
w następującym zakresie: …………………………………………………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**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.

 …………………………………….

  *Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 4b do SWZ*

 *( jeżeli dotyczy )*

 **Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTEPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. 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).

**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.

 …………………………………….

  *Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/23,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

a) art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,

b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

**są nadal aktualne**

oraz:

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy o**:

* braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu\*,
* przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*.

***\*niepotrzebne skreślić***

Dnia ………………r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/23,**  prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania , o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy, odnośnie do naruszenia obowiązków dotyczących płatności podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170)

**są nadal aktualne**

Dnia ………………r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum oraz Spółki Cywilne):**

…………………………………….

…………………………………….

*(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. **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/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 8 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 **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/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)

*Załącznik nr 9 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 **„Doposażenie Oddziału Internistyczno-Infekcyjnego w ramach realizacji projektu pn.: Skoordynowana opieka post covidowa w zakresie chorób zakaźnych/infekcyjnych udzielana w AOS i szpitalnictwa w regionie” - Zp/22/PN/23.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 10 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 7 kwietnia 2022 r. 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)

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.
W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

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 przedsiębiorstwa: 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**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)