Załącznik nr 1 do SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ****NETTO** | **STAWKA****VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | **Relokacja urządzeń Magnetom Altea S/N 190273 oraz Somtom Go Top S/N 172564 marki Siemens na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Opis przedmiotu zamówienia dla przeprowadzenia relokacji n/w urządzeń medycznych z kontenerów do pomieszczeń pracowni diagnostycznych.**

**Rezonans magnetyczny Magnetom Altea S/N 190273 firmy SIEMENS**

1. Deinstalacja urządzenia w kontenerze:

- demontaż mechaniczny i elektryczny

- pakowanie na transportowy zestaw palet

- wyprowadzenie urządzenia z kontenera

- załadunek w lokalizacji wyjściowej i transport do miejsca montażu na terenie Szpitala

 / około 300 m /

2. Instalacja:

- rozładunek

- wprowadzenie aparatu do pracowni

- instalacja mechaniczna i elektryczna

- wymiana węży wodnych w obwodach wewnętrznych

- dostawa i montaż tablicy do zasilania rezonansu magnetycznego TR

- opracowanie wytycznych instalacyjnych oraz konsultacje dotyczące prac adaptacyjnych w

 pracowni

- sprawdzenie stanu podzespołów w trakcie montażu

- uruchomienie całości zestawu po montażu i testy pracy

- przeprowadzenie procedury kalibracji

- przeprowadzenie procedury kontroli jakości

- przygotowanie i przekazanie Zamawiającemu dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia

 na wniosek Zamawiającego odbioru aparatury oraz pracowni przez odpowiednie instytucje

 administracji państwowej / deklaracja zgodności, certyfikat CE wytwórcy, paszport

 techniczny, wpis do rejestru wyrobów medycznych /

- szkolenia aplikacyjne dla MR – 8 dni i stacji opisowej – 5 dni - szkolenie prowadzone przez specjalistów aplikacyjnych przeszkolonych przez producenta aparatu lub podmiot autoryzowany przez producenta

- uzupełnienie, wymiana helu do 750 litrów w przypadku przekroczenia ilości zostanie przedstawiona stosowna oferta.

3. Logistyka

- dźwig 40-60 ton

- samochód ciężarowy

- rampa do rozładunku MR wraz z montażem i demontażem

4. Odtworzenie wykończenia kontenera z przed relokacji

5. Harmonogram prac:

- przekazanie wykonawcy kluczy od kontenera z MRI – 22.01.2024r.

- transport MRI – 27-28.01.2024r.

- montaż mechaniczny i elektryczny -29.01 – 04.02.2024r.

- uruchomienie MRI, zakończenie, przekazanie Zamawiającemu – do 23.02.2024r.

**Tomograf komputerowy SOMATOM go. TOP S/N 172564 firmy SIEMENS**

1. Deinstalacja urządzenia w kontenerze:

- demontaż mechaniczny i elektryczny

- pakowanie na transportowy zestaw palet

- wyprowadzenie urządzenia z kontenera i transport do miejsca montażu na terenie Szpitala

 / około 600 m /

2. Instalacja:

- rozładunek i wprowadzenie do pracowni

- montaż mechaniczny i elektryczny

- dostawa i montaż tablicy zasilania TK – TR

- podpięcie do rozdzielni TR

- opracowanie wytycznych instalacyjnych oraz konsultacje dotyczące prac adaptacyjnych

- sprawdzenie stanu podzespołów w trakcie montażu

- uruchomienie całości zestawu po montażu i testy pracy

- przeprowadzenie procedury kalibracji

- przeprowadzenie procedury kontroli jakości

- wykonanie testów odbiorczych i specjalistycznych

- przygotowanie i przekazanie Zamawiającemu dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia

 na wniosek Zamawiającego odbioru aparatury oraz pracowni przez odpowiednie instytucje

 administracji państwowej / deklaracja zgodności, certyfikat CE wytwórcy, paszport

 techniczny, wpis do rejestru wyrobów medycznych /

- szkolenia aplikacyjne dla CT i stacji opisowej – po 5 dni - szkolenie prowadzone przez specjalistów aplikacyjnych przeszkolonych przez producenta aparatu lub podmiot autoryzowany przez producenta.

3. Logistyka:

- dźwig 40 ton

- samochód ciężarowy

4. Odtworzenie wykończenia kontenera z przed relokacji.

5. Harmonogram prac:

- przekazanie Wykonawcy kluczy od kontenera z TK– 11.01.2024 r

- transport TK – 13.01.2024 r

- montaż mechaniczny i elektryczny – 16.01 – 17.01.2024 r

- uruchomienie TK, przekazanie Zamawiającemu do 30.01.2024 r

Organizacja ruchu na terenie Szpitala jest po stronie Zamawiającego.

Proponowane godziny relokacji sprzętu po godzinie 15.00.

Po stronie Zamawiającego jest wykonanie jakichkolwiek robót budowlanych i instalacyjnych w pomieszczeniach i pracowniach TK i MRI w tym:

- przygotowanie infrastruktury na miejscu posadowienia

- doprowadzenie linii zasilania WLZ z rozdzielni szpitalnej do tablicy TR

- opracowanie projektu ochrony radiologicznej oraz jego uzgodnienia w instytucjach administracji państwowej.

Podmiot dokonujący relokacji urządzeń ponosi pełne ryzyko na wypadek uszkodzenia lub zniszczenia sprzętu.

Pracownicy Wykonawcy relokacji muszą mieć odpowiednie kwalifikacje, przeszkolenia i być oznakowani np. kamizelki z nazwą firmy i pełniącą funkcją.

Wykonawca ma obowiązek współdziałania z innymi wykonawcami realizującymi zadanie.

Koordynatorem prac związanych z relokacją urządzeń jest Kierownik DOS.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia kwalifikacji pracowników dokonujących prace na zlecenie Zamawiającego.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**,,Relokacja urządzeń Magnetom Altea S/N 190273 oraz Somtom Go Top S/N 172564 marki Siemens na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” - Zp/94/TP/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

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

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

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

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

……………………………………………………… złotych),

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

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

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.na**,,Relokacja urządzeń Magnetom Altea S/N 190273 oraz Somtom Go Top S/N 172564 marki Siemens na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” - Zp/94/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- ,,Relokacja urządzeń Magnetom Altea S/N 190273 oraz Somtom Go Top S/N 172564 marki Siemens na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” - Zp/94/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ ( 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 **,,Relokacja urządzeń Magnetom Altea S/N 190273 oraz Somtom Go Top S/N 172564 marki Siemens na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” - Zp/94/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*