*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Aspirator ultradźwiękowy tkanek** **wraz z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Asortyment****szczegółowy** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Wartość** **netto** | **Vat** | **Wartość brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| 1. | Aspirator ultradzwiękowy tkanek wraz z wyposażeniem | szt. | **1** |  |  |  |  |

**Wymagane Parametry Techniczne**

Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji: 2024r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać zakresy/ opisać/ wskazać numer strony w ofercie z potwierdzeniem parametru** | **Punktacja** |
| 1. | Podstawowe wymagane funkcje: Ultradźwiękowe rozbijanie tkanek,Płukanie,Odsysanie | Tak |  |  |
| 2. | Aparat umieszczony na wózku , zasilany z sieci 230 V/50 Hz | Tak |  |  |
| 3 | **Ultradźwiękowe rozbijanie tkanek:** | Tak |  |  |
| 3.1 | Praca na częstotliwościach 23 i 36 kHz | Tak |  |  |
| 3.2 | Maksymalna amplituda drgań końcówki uchwytu 36 kHz nie mniejsza niż 100 mikrometrów | Tak, podać |  | 100 μm – 0 pkt.> 100 μm – 10 pkt. |
| 3.3 | Maksymalna amplituda drgań końcówki uchwytu 23 kHz nie mniejsza niż 200 mikrometrów | Tak, podać |  | 200 μm – 0 pkt.> 200 μm – 10 pkt. |
| 3.4 | Regulacja amplitudy drgań końcówki w zakresie od 10% do 100% maksymalnej wartości . | Tak |  |  |
| 4 | **Płukanie i odsysanie tkanek :** | Tak |  |  |
| 4.1 | Urządzenie wyposażone w zintegrowany moduł ssący. | Tak |  |  |
| 4.2 | Maksymalne podciśnienie wytwarzane przez ssak nie mniejsze niż 500 mm Hg | Tak ,podać |  | 500 mm Hg – 0 pkt.> 500 mm Hg – 10 pkt.. |
| 4.3 | Aspiracja pracująca w dwóch trybach: stałym i na żądanie.W trybie stałym, stałe zasysanie i irygacja są dostarczane do rękojeści na poziomie ustawionym na ekranie dotykowymW trybie na żądanie, zasysanie i irygacja są dostarczane do rękojeści wyłącznie po aktywacji pedału amplitudy. | Tak |  |  |
| 4.4 | Wybieranie trybu aspiracji na ekranie dotykowym | Tak |  |  |
| 4.5 | Wydajność płukania do 20 ml/min  | Tak |  |  |
| 5 | **Wymagania/Parametry ogólne:** |  |  |  |
| 5.1 | Możliwość sterylnej zmiany samej końcówki roboczej ( a nie całej głowicy ultradźwiękowej) podczas zabiegu operacyjnego | Tak |  |  |
| 5.2 | Aktywacja noża ultradźwiękowego wyłącznikiem nożnym. Długość kabla włącznika nożnego nie mniejsza niż 6m.  | Tak |  |  |
| 5.3 | Włącznik nożny pracujący w dwóch trybach :Standardowym - rękojeść działa na poziomie amplitudy ustawionej na ekranie dotykowym , niezależnie od nacisku na pedał.Proporcjonalnym – rękojeść działa proporcjonalnie do nacisku na pedał, to znaczy im większy nacisk tym większa amplituda, z maksymalnym poziomem ustawionym na ekranie dotykowym | Tak |  |  |
| 5.4 | Przestawianie trybu pracy włącznika nożnego na ekranie dotykowym. | Tak |  |  |
| 5.5 | Głowica ultradźwiękowa umożliwiająca używanie różnych końcówek roboczych – co najmniej trzech różnych. | Tak |  |  |
| 5.6 | Głowice robocze przystosowane do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |  |
| 5.7 | Uproszczony system podłączania drenów aspiracyjnych i irygacyjnych . W zestawie jałowych drenów specjalna kaseta służąca do szybkiego podłączania drenów do konsoli. | Tak |  |  |
| 5.8 | Przetwornik ultradźwiękowy piezoelektryczny | Tak, podać |  | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 5.9 | Niezależna od włącznika nożnego i amplitudy drgań końcówki funkcja selektywności rozdrabniania tkanek, ustawiana za pomocą własnego wskaźnika. | Tak |  |  |
| 5.10 | Możliwość ustawienia co najmniej 4 różnych poziomów selektywności dla dowolnej amplitudy drgań końcówki na ekranie dotykowym.  | Tak |  |  |
| 5.11 | Możliwość redukcji chmurki płynu irygującego pojawiającej się w czasie aktywacji ultradźwięków ( końcówki robocze zaopatrzone w dwa specjalne otwory aspiracji wstępnej ) | Tak |  |  |
| 5.12 | Konsola wyposażona w dotykowy ekran sterujący. Wszystkie wyświetlane informacje, komunikaty i alarmy w języku polskim . | Tak |  |  |
| 5.13 | Ekran dotykowy zawierający wszystkie podstawowe informacje dotyczące obsługi, konfigurowania, pomocy i rozwiązywania problemów oraz montażu , demontażu i czyszczenia, w języku polskim. | Tak |  |  |
| 6 | **Wyposażenie zestawu, inne:** |  |  |  |
| 6.1 | Konsola z włącznikiem nożnym i wózkiem - 1 szt. | Tak |  |  |
| 6.2 | Głowica ultradźwiękowa 23 kHz - 1 szt. | Tak |  |  |
| 6.3 | Głowica ultradźwiękowa 36 kHz - 1 szt | Tak |  |  |
| 6.4 | Końcówka wielorazowa do uchwytu 23 kHz , prosta o długości 7,85 mm i średnicy wewnętrznej 2,0 – 1 szt.  | Tak |  |  |
| 6.5 | Końcówka robocza do głowicy 36 kHz , zagięta o średnicy wew. 1,6 mm i długości 12,15 cm, wielorazowa – 2 szt. | Tak |  |  |
| 6.6 | Końcówka robocza do głowicy 36 kHz , zagięta z ząbkami , do usuwania guzów twardych i włóknistych, o długości 12,05 cm i średnicy wew.1,6 mm – 2 szt. | Tak |  |  |
| 6.7 | Końcówka robocza do głowicy 23 kHz do kości, o długości 16,71 cm i średnicy wew. 1,1 mm – 2 szt. | Tak |  |  |
| 6.8 | Kaseta do sterylizacji do uchwytu 23 kHz – 1 szt. | Tak |  |  |
| 6.9 | Kaseta do sterylizacji do uchwytu 36 kHz – 1 szt. | Tak |  |  |
| 6.10 | Podstawka do zmiany końcówek do uchwytu 23 kHz – 1 szt. | Tak |  |  |
| 6.11 | Podstawka do zmiany końcówek do uchwytu 36 kHz – 1 szt.  | Tak |  |  |
| 6.12 | Sterylne klucze do zmiany końcówek uchwytu 36 kHz – 5 szt. |  Tak |  |  |
| 6.13 | Sterylne klucze do zmiany końcówek do uchwytu 23 kHz – 5 szt. | Tak |  |  |
| 6.14 | Dreny do głowicy ultradźwiękowej – 10 szt. | Tak |  |  |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

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

**„Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24** 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 Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

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

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

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

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

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

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

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

1. Gwarantujemy (zaznaczyć właściwe):

Maksymalna amplituda drgań końcówki uchwytu 36 kHz nie mniejsza niż 100 mikrometrów

**100 μm – 0 pkt.**

**> 100 μm – 10 pkt.**

Maksymalna amplituda drgań końcówki uchwytu 23 kHz nie mniejsza niż 200 mikrometrów

**200 μm – 0 pkt.**

**> 200 μm – 10 pkt.**

Maksymalne podciśnienie wytwarzane przez ssak nie mniejsze niż 500 mm Hg

**500 mm Hg – 0 pkt.**

**> 500 mm Hg – 10 pkt.**

Przetwornik ultradźwiękowy piezoelektryczny

**Tak – 10 pkt.**

**Nie – 0 pkt.**

1. **Zapewniamy / nie zapewniamy** oprogramowanie do monitorowania stanu drukarek i materiałów eksploatacyjnych (niepotrzebne skreślić).
2. OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

1. ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.
2. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia

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 EURO***

*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 „Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

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

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(podpis)*

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **„Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca)

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Przedmiot Zamówienia**:** **,,Dostawa aspiratora ultradźwiękowego tkanek** **wraz z wyposażeniem” - Zp/42/TP/24**

Oświadczamy, że w okresie ostatnich 3 lat (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie) wykonaliśmy dostawy, zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot dostawy** | **Wartość dostawy (brutto w zł)**  | **Daty wykonywania****(dzień/m-c/rok)** | **Podmiot, na rzecz****którego dostawa****została wykonana** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

**W załączeniu przedkładamy dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw wskazanych w tabeli powyżej.**

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

 (podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 9 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 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)