Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

Maska chirurgiczna 3 – warstwowa, czepek pielęgniarski

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Asortyment****szczegółowy** | **Jedn. miary** | **Ilość****12 m-cy** | **Cena****netto** | **%****Vat** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| ***1.*** | **Maska chirurgiczna 3 warstwowa –** hipoalergiczna, odporna na na przesiąkanie,wiązana na troki, wyposażona w sztywnik zapewniający łatwe dopasowanie maski do kształtu twarzy min.10,5cm.Skuteczność filtracji bakteryjnej > 98% zgodna z normą PN EN 14683 :2019 +AC(typ II) lub równoważna.Pakowana w podajniku min.50szt,umożliwiająca aseptyczne wyjmowanie pojedynczych sztuk i przechowywanie.Pojemnik z oznaczeniem typu,rodzaju maski spełnionej normy. Kolor niebieski.Produkt musi posiadać deklarację zgodnośći UE. | **szt**  | **40 000** |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | **Maska chirurgiczna 3 warstwowa –** hipoalergiczna, odporna na na przesiąkanie,wiązana na gumkę, wyposażona w sztywnik zapewniający łatwe dopasowanie maski do kształtu twarzy min.10,5cm.Skuteczność filtracji bakteryjnej > 98% zgodna z normą PN EN 14683 :2019 +AC(typ II) lub równoważna.Pakowana w podajniku min.50szt,umożliwiająca aseptyczne wyjmowanie pojedynczych sztuk i przechowywanie.Pojemnik z oznaczeniem typu,rodzaju maski spełnionej normy. Kolor niebieski.Produkt musi posiadać deklarację zgodnośći UE | **szt.** | **100 000** |  |  |  |  |  |
| **3.** | Czepek lekki uniwersalny w formie beretu o średnicy min.55-60cm wykonany z włókniny wiskozowej perforowanej, ściągany lekko na gumkę o gramaturze min.25-30g/m2 koloru niebieskiego.Pakowany po 100szt w kartonik z możliwością aseptycznego wyciągania. | **szt.** | **70 000** |  |  |  |  |  |
| **Razem :** |  |  |  |

**Pakiet nr 2**

Przeciwciała monoklonalne do cytometrii przepływowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Nazwa odczynnika** | **Fluorochrom** | **Klon** | **Nazwa firmowa** | **Status** | **Num+er katalogowy** | **Ilość testów/ opakowanie** | **Ilość testów na 24 miesiące** | **Ilość opakowań na 24 miesiące** | **cena jednostkowa netto w zł za opakowanie** | **Wartość netto w zł** | **VAT (%) stawka** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Wartość brutto w zł** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | CD5 | FITC | L17F12 |   | CE/IVD |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 2 | CD8  | FITC | SK1 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 3 | CD15 | FITC | MMA |   | CE/IVD |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 4 | CD58  | FITC | 1C3 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 5 | CD138  | FITC | MI15 |   | CE/IVD |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 6 | FMC7  | FITC | FMC7 |   | CE/IVD |   |   | 400 |   |   |   |   |   |   |
| 7 | MPO  | FITC | 5B8 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 8 | TdT  | FITC | E17-1519 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 9 | TCRab  | FITC | WT31 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 10 | CD8  | PE | SK1 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 11 | CD36  | PE | CB38 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 12 | CD52 | PE | 4C8 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 13 | CD56  | PE | MY31 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 14 | CD58  | PE | L306.4 |   | RUO (GMP) |   |   | 100 |   |   |   |   |   |   |
| 15 | CD59  | PE | p282(H19) |   | RUO |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 16 | CD66c  | PE | B6.2 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 17 | CD79a  | PE | HM47 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 18 | CD79B  | PE | 3A2-2E7 |   | CE/IVD |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 19 | CD103  | PE | Ber-ACT8 |   | CE/IVD |   |   | 150 |   |   |   |   |   |   |
| 20 | CD5  | PerCP-Cy5.5 | L17F12 |   | CE/IVD |   |   | 150 |   |   |   |   |   |   |
| 21 | CD11c  | PerCP-Cy5.5 | B-Ly6 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 22 | CD23  | PerCP-Cy5.5 | M-L233 |   | RUO |   |   | 500 |   |   |   |   |   |   |
| 23 | CD27  | PerCP-Cy5.5 | M-T271 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 24 | CD33 | PerCP-Cy5.5 | P67.6 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 25 | CD34  | PerCP-Cy5.5 | 8G12 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 26 | CD16 | PE-Cy7 | B73.1 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 27 | TCRγδ  | PE-Cy7 | 11F2 |   | RUO (GMP) |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 28 | CD45RA | PE-Cy7 | L48 |   | CE/IVD  |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 29 | CD117  | PE-Cy7 | 104D2 |   | CE/IVD  |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 30 | CD123  | PE-Cy7 | 7G3 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 31 | CD1a  | APC | HI149 |   | RUO |   |   | 100 |   |   |   |   |   |   |
| 32 | CD11b | APC | D12 |   | CEI/VD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 33 | CD22  | APC | S-HCL-1 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 34 | CD25  | APC | 2A3 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 35 | CD33  | APC | P67.6 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 36 | CD55 | APC | IA10 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 37 | CD71 | APC | M-A712 |   | RUO |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 38 | CD157  | PE | SY/11B5 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 39 | CD64 | BV786 | 10,1 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 40 | CD200  | APC | MRC OX-104 |   | RUO |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 41 | IREM2 | APC | UP-H2 |   | RUO(GMP) |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 42 | IgM  | APC | G20-127 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 43 | CD38  | APCR700 | HIT2 |   | RUO |   |   | 800 |   |   |   |   |   |   |
| 44 | CD56  | APCR700 | NCAM16.2 |   | IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 45 | CD24  | R718 | ML5 |   | RUO |   |   | 100 |   |   |   |   |   |   |
| 46 | CD3  | APC-H7 | SK7 |   | CE-IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 47 | CD7  | APC-H7 | M-T701 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 48 | CD14  | APC-H7 | MφP9 |   | RUO (GMP) |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 49 | CD45RO | APC-H7 | UCHL1 |   | RUO |  |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 50 | CD71  | APC-H7 | M-A712 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 51 | LAMBDA | APC-H7 | 1-155-2 |   | RUO (GMP) |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 52 | CD3  | V450 | UCHT1 |   | RUO |   |   | 240 |   |   |   |   |   |   |
| 53 | CD4  | V450 | SK3 |   | RUO (GMP) |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 54 | CD9  | V450 | M-L13 |   | RUO |   |   | 100 |   |   |   |   |   |   |
| 55 | CD20  | V450 | L27 |   | CE/IVD |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 56 | HLA-DR  | V450 | L243 |   | CE/IVD |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 57 | KAPPA  | V450 | TB28-2 |   | RUO (GMP) |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 58 | CD45 V500-C | V500 | 2D1 |   | CE/IVD |   |   | 2400 |   |   |   |   |   |   |
| 59 | CD3 | BV605 | UCHT1 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 60 | CD20  | BV605 | L27 |   | RUO |   |   | 500 |   |   |   |   |   |   |
| 61 | CD117  | BV605 | 104D2 |   | IVD |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 62 | CD3 | BV711 | UCHT1 |   | RUO |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 63 | CD22 | BV711 | HIB22 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 64 | CD24  | BV711 | ML5 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 65 | CD26  | BV711 | M-A261 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 66 | CD28  | BV711 | CD28.2 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 67 | CD43  | BV711 | 1G10 |   | RUO |   |   | 600 |   |   |   |   |   |   |
| 68 | CD123  | BV711 | 9F5 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 69 | HLA-DR  | BV711 | G46-6 |   | RUO |   |   | 300 |   |   |   |   |   |   |
| 70 | CD2  | BV786 | S5.2 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 71 | CD10  | BV786 | HI10A |   | RUO |   |   | 400 |   |   |   |   |   |   |
| 72 | CD13  | BV786 | L138 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 73 | CD64  | BV786 | 10.1 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
| 74 | CD81  | BV786 | JS-81 |   | RUO |   |   | 200 |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | **Razem:** |   |  |   |   |  |

**Pakiet nr 3**

Kasetki histopatologiczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment****szczegółowy** | **Jedn.****miary** | **Ilość****24 m-ce** | **Ccena netto** | **%****Vat** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy** |
| **1.** | Kasetki histopatologiczne standardowe z plastikową pokrywką, bez zawiasów, ze sprężystym zamknięciem, 62 kwadratowe otwory 2x2 mm w obu częściach kasetki, przednie pole przystosowane do opisu. | **szt** | **40 000** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Kasetki histopatologiczne do bardzo drobnych wycinków, z plastikową pokrywką, bez zawiasów, ze sprężystym zamknięciem. otwory w komorze śr. 0,35 mm jedna komora oddzielona od pozostałej części kasetki, po obu stronach dodatkowe otwory 2x2mm poza komorą do przepływu odczynników i parafiny, przednie pole przystosowane do opisu. | **szt** | **10 000** |  |  |  |  |  |
| **Razem :** |  |  |  |

**Pakiet nr 4**

Narzędzia chirurgiczne jednorazowego użycia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment****szczegółowy** | **Jedn.****miary** | **Ilość****12 m-cy** | **Ccena netto** | **%****Vat** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy** |
| **1.** | Kleszczyki Pean -prosty | **szt.** | **300** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Kleszczyki Pean -zagięty | **szt.** | **300** |  |  |  |  |  |
| **3.** | Imadła | **szt.** | **1000** |  |  |  |  |  |
| **4.** | Kleszczyki Kocher | **szt.** | **20** |  |  |  |  |  |
| **5.** | Nożyczki chirurgiczne ostro-ostre | **szt.** | **800** |  |  |  |  |  |
| **6.** | Nożyczki opatrunkowe | **szt.** | **50** |  |  |  |  |  |
| **7.** | Pęseta chirurgiczna | **szt.** | **200** |  |  |  |  |  |
| **8.** | Pęseta anatomiczna | **szt.** | **200** |  |  |  |  |  |
| **Razem :** |  |  |  |

Parametry :

* narzędzia matowe, stalowe, jednorazowego użytku,
* wielkość narzędzi od 12cm-16cm
* narzędzia jałowe 1x użycia sklasyfikowane w klasie IIa, reguła 6
* znak jednorazowości umieszczony po jednej lub obu stronach każdego z narzędzia, eliminujący jakiekolwiek ryzyko pomylenia go z narzędziem wielorazowym



* narzędzia sterylne, pakowane pojedynczo w opakowanie papierowo-foliowe, wyposażone w samoprzylepną etykietę kontrolną, z możliwością wklejania do dokumentacji medycznej,
* dopuszcza się opakowania zbiorcze po 20-25 sztuk.

**Pakiet nr 5**

Zestaw do tracheotomii przezskórnej metodą Seldingera

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Asortyment****Szczegółowy** | **Jedn. miary** | **Ilość****12 m-cy** | **Cena****netto** | **Cena****brutto** | **%****Vat** | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| **1.** | Zestaw do tracheotomii przezskórnej metodą Seldingera | **szt.** | **60** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem :** |  |  |  |

**Parametry :**

* jednostopniowe rozszerzadło o kształcie „rogu nosorożca” z warstwą poślizgową o miękkim końcu i ergonomicznym uchwycie,
* prowadnica Seldingera i  prowadnik,
* krótkie rozszerzadło 14F,
* cewnik wprowadzający,
* jednostopniowe rozszerzadło,
* igła14G i kaniula,
* rurka tracheostomijna z mankietem niskociśnieniowym i odsysaniem posiadająca samoblokujący się mandryn z otworem na prowadnicę Seldingera,
* stożkowy prowadnik rurki z uchwytem,
* 2 kaniule wewnętrzne do rurki,
* opaska do rurki,
* szczoteczka,
* jałowy żel poślizgowy,
* skalpel,
* zestaw pakowany na podwójnej tacy z serwetą,
* rozmiary rurek 7,0 ; 8,0 ; 9,0 do wyboru przez Zamawiającego

**Pakiet nr 6**

Prowadnica do rurki intubacyjnej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Asortyment****Szczegółowy** | **Jedn. miary** | **Ilość****24 m-ce** | **Cena****netto** | **%****Vat** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent i nr katalogowy** |
| 1. | O.D.– 2 – 2,2 – długość min. 230 mm | **szt.** | **50** |  |  |  |  |  |
| 2. | O.D.– 3,0 – długość min. 340 mm | **szt.** | **100** |  |  |  |  |  |
| 3. | O.D.– 4,0 – długość min. 340 mm | **szt.** | **100** |  |  |  |  |  |
| 4. | O.D.– 4,0 – długość 600 mm | **szt.** | **20** |  |  |  |  |  |
| 5. | O.D.– 5,0 – długość min. 370 mm | **szt.** | **100** |  |  |  |  |  |
| 6. | O.D.– 5,0 – długość 600 mm | **szt.** | **20** |  |  |  |  |  |
| **Razem :** |  |  |  |

**Parametry:**

- jednorazowego użytku,

- sterylne;

- pakowane pojedynczo;

- z miękkim końcem bez metalu;

- wykonane z metalu – mosiądzu pokrytego medycznym tworzywem, zapobiegającym przyklejaniu się do ścianki rurki intubacyjnej

- na opakowaniu jednostkowym: rozmiar, oznaczenie nazwy producenta, numer serii, data przydatności do użycia.

*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 odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/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**

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3a, 3b i 3c do Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **OSWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2024 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2024 r. (Dz. U. 2023 poz. 1893).
3. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

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

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

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

1. Gwarantujemy …….... dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia \*
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.

10. 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***

*\* maksymalny termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia - 5 dni roboczych – dot. pakietów nr 1,3,4,5,6*

*maksymalny termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia - 14 dni roboczych – dot. pakietu nr 2*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

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

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/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.**

 …………………………………………

 *(data i 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:

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

………………………………………… *(data i 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)

 …………………………………………

 *(data i 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.

 …………………………………………

 *(data i 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 odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/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.**

 …………………………………………

 *(data i 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)

 …………………………………………

 *(data i 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.

 …………………………………………

 *(data i 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 odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/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:

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

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

 ( data i podpis )

*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 odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/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 i podpis )

*Załącznik nr 7 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.) **– jeżeli dotyczy.** Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 8 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

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

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

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

Przedmiot Zamówienia **Dostawa odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/TP/24**

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

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

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

 (Wykonawca)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym pn. **Dostawa odczynników i materiałów zużywalnych do cytometrii przepływowej dla Laboratorium oraz materiałów medycznych dla oddziałów Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – Zp/83/TP/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

 …………………………………….

 *( data, podpis)*