**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

30/ZP/2020

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy.............................................................................................................................................................

Adres:..................................................................................................................................................................................

NIP:............................................................. REGON............................................................................................................

Tel. …………………………………Fax: ………………………………………e-mail: ………………………………………………………………………………….

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym**,** którego przedmiotem jest**: „Wyposażenie bloku operacyjnego”** przedstawiamy ofertę na wykonanie w/w zamówienia publicznego zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cześć 1**  | Za łączną cenę: | ......................... | zł netto | ......................... | zł brutto |
| Stół operacyjny ogólnochirurgiczny | VAT % …………Słownie wartość brutto zł: ..................................................................................................... Oświadczamy, że zaoferowany przedmiot jest dopuszczony do obrotu w Polsce, zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych.  |
| Nr katalogowy, producent: ………………………………………………………………………………………………………………………………….**Okres gwarancji: …………………miesięcy/ ce (min. 48 miesięcy)** |
| **Cześć 2** | Za łączną cenę:(cena za 2 komplety) | ......................... | zł netto | ......................... | zł brutto |
| Cena jednostkowa (za 1 komplet) | ………………………. | zł netto | ......................... | zł brutto |
| Lampa operacyjna dwukopułowa w technologii LED – **2 komplety.** | VAT % …………Słownie wartość brutto zł: ..................................................................................................... Oświadczamy, że zaoferowany przedmiot jest dopuszczony do obrotu w Polsce, zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych.  |
| Nr katalogowy, producent: ………………………………………………………………………………………………………………………………….**Okres gwarancji: …………………miesięcy/ ce (min. 48 miesięcy)** |

1. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności **30 dni**.
2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie/a są fabrycznie nowe z ………… miesięczną gwarancją producenta, nie powystawowe, **rok produkcji 2020**, kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i uważamy się za związanych niniejszą ofertą na warunkach określonych w SIWZ.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ogólnymi warunkami umowy (załącznik nr 4 do SIWZ), który został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oferta składa się z **……………..** stron kolejno ponumerowanych.
6. Oświadczamy, żejesteśmy / nie jesteśmy \* podatnikiem podatku VAT (\* - niepotrzebne skreślić)
7. Oświadczamy, że w przypadku wybrania oferty, umowę podpisywały będą:

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

 (imię i nazwisko) (pełniona funkcja)

1. Osoba do kontaktu z Zamawiającym ………………………………………………….tel. ………………………..…………………………………

 e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

1. Jesteśmy: małym/średnim przedsiębiorstwem[[1]](#footnote-1) (podkreślić odpowiednio jeżeli dotyczy).

………………….., dnia ………………………. 2020 r. ……….....…………………………………………………

 (miejscowość) czytelny podpis lub pieczęć imienna i podpis

 umocowanej osoby do dokonywania czynności

 w imieniu Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 2** 30/ZP/2020

**Załącznik do formularza ofertowego**

**Załącznik do umowy**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Część 1 – Stół operacyjny ogólnochirurgiczny**

Pełna nazwa urządzenia: ……………………………………………

Producent, kraj pochodzenia: ……………………………….. Model : …………………………………….. Nr katalogowy: ………………………… Rok produkcji………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne i warunki** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (opisać)** |
|  | Stół do operacji ogólnochirurgicznych i ortopedycznych.  | TAK |  |
|  | Konfiguracja blatu stołu:– podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,- oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),- płyta lędźwiowa,- podnóżki: lewy i prawy. | TAK |  |
|  | Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem. | TAK |  |
|  | Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia. | TAK |  |
|  | Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem | TAK |  |
|  | Napęd stołu elektrohydrauliczny. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wszystkich segmentach blatu ustawionych w jednej płaszczyźnie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu | TAK |  |
|  | Długość stołu z blatem: 2050 mm (±20 mm ) | TAK |  |
|  | Całkowita szerokość blatu: 570 mm ( ± 20 mm ) | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości: 720 do 1140 mm ( ± 20 mm ) | TAK |  |
|  | Regulacja oparcia pleców: - 450 do 850 ( ± 50 ) | TAK |  |
|  | Regulacja podgłówka: - 550 do 600 ( ± 50 ) | TAK |  |
|  | Przechyły boczne w obie strony: min. po 300  | TAK |  |
|  | Przechył Trendelenburga: min. 400  | TAK |  |
|  | Przechył anty-Trendelenburga: min. 400  | TAK |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do 300 ( ± 50 ) | TAK |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu : min. 400 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C | TAK |  |
|  | Regulacja pilotem następujących pozycji:* regulacja wysokości
* regulacja oparcia pleców/regulacja segmentu siedzenia (w zależności od orientacji blatu)
* funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku)
* wypiętrzenie klatki piersiowej/wypiętrzenie lędźwiowe (w zależności od orientacji blatu)
* przechyły wzdłużne i boczne
* pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej
* przesuw wzdłużny blatu
 | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia). Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru.Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów.  | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu | TAK |  |
|  | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej. Stal o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych, gatunek stali: AISI 316L , polskie oznaczenie 00H17N14M2 Nie dopuszcza się do zaoferowania stołów wykonanych z gorszych gatunków stali nierdzewnej (o mniejszej zawartości chromu, niklu, manganu i molibdenu). | TAK |  |
|  | Podstawa zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. | TAK |  |
|  | Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy  | TAK |  |
|  | Regulacja podgłówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą | TAK |  |
|  | Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota. | TAK |  |
|  | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 400 mm)– prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska.  | TAK |  |
|  | Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej  | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne stołu: min. 250 kg  | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg | TAK |  |
|  | Wyposażenie stołu :- **Przystawka ortopedyczna** – 1 szt. - wykonana ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej, mocowana do blatu, wykonująca wraz z blatem przechyły boczne i wzdłużne oraz zmianę wysokości. Umożliwiająca śródoperacyjne monitorowanie ramieniem C i dogodny dostęp chirurga do chorego.Możliwość wyposażenia dodatkowego przystawki do wykonywania specjalistycznych zabiegów.Zakres regulacji wysokości wysięgnika aparatu naciągowego: min. 320 mm, rozstaw pomiędzy wałkiem oporowym, a aparatem naciągowym: min. 500 mm do 1250 mm, wysuw śruby aparatu naciągowego: min. 200 mm, zakres regulacji położenia ramion obrotowych: 180º. Możliwość zmiany długości oraz kąta rozwarcia ramion przystawki.Każde z dwuczęściowych ramion przystawki z dwoma obrotowymi węzłami pozwalającymi na niezależną regulację obu części pojdynczego ramienia w płaszczyźnie prostopadłej do osi węzła.Układ ramion przystawki zapewniający możliwość monitorowania kończyn dolnych pacjenta. Trapezowy blat przystawki montowany w miejsce podnóżków w blacie stołu operacyjnego. - **Wózek do transportu przystawki ortopedycznej** wykonany ze stali nierdzewnej. Podwozie wyposażone w kosz na drobne elementy wyposażenia i cztery koła o średnicy 125 mm, w tym dwa z blokadą – 1 szt.- **Przystawka do artroskopii** z uchwytem wielopozycyjnym. Służy do podpierania i unieruchamiania stawu kolanowego w pozycji leżącej pacjenta. Składa się z materaca o walcowatym kształcie o wymiarach: fi 80 mm x 140 mm, dwóch szczęk dociskowych z regulacją odległości oraz części nośnej, wykonanej ze stali nierdzewnej, umożliwiającej regulację wysokości oraz regulację kąta obrotu stawu kolanowego w stosunku do blatu stołu - 1 szt.- **Przystawka do operacji łąkotki** z uchwytem wielopozycyjnym. Służy do podpierania stawu kolanowego w pozycji leżącej pacjenta. Składa się z materaca o walcowatym kształcie o wymiarach: fi 80 mm x 300 mm oraz części nośnej, wykonanej ze stali nierdzewnej, umożliwiającej regulację wysokości oraz regulację kąta obrotu stawu kolanowego w stosunku do blatu stołu – 1 szt.- **Podpórka do operacji ręki** służy do przeprowadzania zabiegów i operacji kończyn górnych. Wymiary materaca minimum : 40 mm x 400 mm x 800 mm umożliwiają równoczesną pracę dwóch chirurgów. Konstrukcja podpórki umożliwia wykonanie zdjęć RTG, monitorowanie aparatem C, zmianę wysokości oraz możliwość ustawienia nie prostopadłego przystawki w stosunku do blatu stołu operacyjnego. Konstrukcja stalowa nierdzewna – 1 szt.- **Podpórka ręki** z uchwytem wielopozycyjnym. Służy do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, wyposażona w materac z pianki poliuretanowej obszytej skajem. Wymiary: 40 mm x 200 mm x 600 mm. Konstrukcja metalowa, wykonana ze stali nierdzewnej z wykończeniem matowym, umożliwia obrót podpórki wokół jej osi pionowej – 1 szt.- **Taca RTG** służąca jako podstawka dla kasety w czasie wykonywania zdjęć RTG miednicy - 1 szt.- **Taca RTG** umieszczana pod podgłówkiem lub oparciem pleców, zakładana od strony głowy pacjenta – 1 szt.- **Pas brzuszny** do unieruchamiania pacjenta z dwoma nierdzewnymi zaczepami montowanymi na listwach bocznych stołu, pas o szerokości min. 100 mm – 1 szt.- **Pas podnóżka** do unieruchamiania kończyn dolnych pacjenta – 2 szt.- **Pas udowy** do unieruchamiania uda pacjenta – 2 szt.- **Wieszak kroplówki** z korpusem zaciskowym. Służący do zawieszania pojemników z płynami infuzyjnymi. Składający się ze sztycy z podwójnym hakiem, całość wykonana ze stali nierdzewnej – 1 szt.- **Podkolanniki** z uchwytem wielopozycyjnym. Służące do podpierania kończyny dolnej w pozycji leżącej lub siedzącej. Wyposażone w poliuretanowy materac o wymiarach: 25 mm x 190 mm x 295 mm. Konstrukcja metalowa, wykonana ze stali nierdzewnej, umożliwiająca obrót podpórki wokół jej osi pionowej, kątowe ustawienie powierzchni materaca a także zmianę wysokości podpórki – 1 kpl.- **Przystawka do operacji barku** służąca do przeprowadzania zabiegów i operacji chirurgicznych obu barków w dojściu tylnym – 1 szt.- **Podgłówek specjalistyczny** kompatybilny z przystawką do operacji barku. Służący do podpierania głowy pacjenta w pozycji leżącej na brzuchu, na plecach i w pozycji bocznej. Składający się z materaca poliuretanowego w kształcie podkowy o wymiarach 70 x 190 x 235 mm oraz szkieletu metalowego, wykonanego ze stali nierdzewnej. Konstrukcja podgłówka, dzięki dwóm obrotowym węzłom, zapewnia regulację wysokości, pochylenia kątowego oraz wzdłużnego materaca – 1 szt.- **Podpórka kątowa** z uchwytem wielopozycyjnym. Służąca do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta. Wyposażona w materac wykonany z pianki poliuretanowej obszytej skajem. Wymiary 60 mm x 250 mm x 380 mm. Konstrukcja metalowa, wykonana ze stali nierdzewnej z wykończeniem matowym, umożliwia obrót podpórki wokół jej osi pionowej, kątowe ustawienie powierzchni materaca, a także zmianę odległości i wysokości podpórki od blatu stołu – 1 szt.**- Pozycjoner głowy i szyi** z otworem w postawie, z podporą odcinka szyjnego oraz z dwoma podpórkami bocznymi będący anatomicznym odlewem wykonanym z pianki wiskoelastycznej z bezszwową, membranową powłoką ochronną, umożliwiającym ułożenie i pełną stabilizacji głowy pod różnym kątem, możliwość stabilizacji pozycjonera na stole zabiegowym – antypoślizgowa podstawa pozycjonera, rozmiar:  L – dla pacjentów o obwodzie głowy 55-68 cm, wymiary pozycjonera 282 mm x 237 mm x 131 mm (±10mm), o własnościach przeciwodleżynowych, eliminujący nacisk na kość potyliczną oraz zmniejszający nacisk powierzchniowy na pozostałych obszarach głowy do bezpiecznego poziomu, wyposażony w wyprofilowane uchwyty umożliwiające przekładanie pacjenta razem z pozycjonerem, o konstrukcji zapewniającej swobodny przepływ powietrza, przeznaczony do dezynfekcji środkami na bazie alkoholu, nie zawierający lateksu, nie powodujący zakłóceń podczas badań RTG i CT - 1 szt. | TAK |  |
|  | Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta | TAK |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | Deklaracja Zgodności | TAK |  |
|  | Gwarancja 48 miesięcy wraz z bezpłatnymi przeglądami | TAK |  |

**Powyższe parametry zawarte w tabeli stanowią wymagania, których spełnienie jest konieczne.**

Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje, podane w powyższej tabeli stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak odpowiedzi w kolumnie „Parametr oferowany” traktowany będzie jak brak danej funkcji lub parametru.

W ramach realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązujemy się do montażu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (bez pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat – z wykorzystaniem wyłącznie części Wykonawcy).

Oświadczamy, że oferowany powyżej stół jest fabrycznie nowy z ………… miesięczną gwarancją producenta, nie powystawowy, **rok produkcji 2020,** kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ilość punktów serwisowych (minimum 1, podać adres/y):………………………………………………………………….…….[[2]](#footnote-2)

………………….., dnia ………………………. ……….....…………………………………………………

 (miejscowość)

 czytelny podpis lub pieczęć imienna i podpis

 umocowanej osoby do dokonywania czynności

 w imieniu Wykonawcy

**Cześć 2 – Lampa operacyjna dwukopułowa w technologii LED .**

Pełna nazwa urządzenia: ……………………………………………

Producent: ……………………………….. Model : …………………………………….. Nr katalogowy: ………………... Rok produkcji………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry techniczne i warunki | Parametr wymagany | Parametry oferowane - opisać |
| 1 | Dwukopułowa lampa operacyjna bezcieniowa mocowana do sufitu za pomocą podkonstrukcji dystansowej.Czasze oświetleniowe wielosegmentowe ze źródłem światła w postaci diod LED. Ramiona wychodzące z jednego zawiesia sufitowego – zawiesie posiadające osłonę zakrywającą płytę stropową i wszystkie przyłącza elektryczne. | Tak |  |
| 2 | Źródło światła diody LED – diody nowej generacji białe. Pobór mocy przez kopuły max. 50 W dla kopuły głównej i max. 50 W dla kopuły satelitarnej. Kopuła główna i satelitarna wyposażone są w 110 diod LED każda. | Tak |  |
| 3 | Regulacja średnicy pola operacyjnego w obu kopułach realizowana jest za pomocą sterylizowanego, wymiennego uchwytu umieszczonego w centralnej części czaszy lampy | Tak |  |
| 4 | Średnica kopuły głównej i satelitarnej min 63 cm.  | Tak |  |
| 5 | Obudowa wykonana z metali lekkich, moduły świetlne osłonięte szybą ze szkła bezpiecznego. | Tak |  |
| 6 | Obudowy kopuł w kształcie koła w celu minimalizacji zakłóceń przepływu laminarnego. | Tak |  |
| **Kopuła główna** |  |  |
| 7 | Kopuła główna wyposażona w min 7 modułów świetlnych, w tym centralny moduł doświetlający | Tak |  |
| 8 | Natężenia oświetlenia w odległości 1m - 160 000 luksów | Tak |  |
| 9 | Temperatura barwowa regulowana w zakresie 4000-4400-4800 K | Tak |  |
| 10 | Średnica pola roboczego d50-d10: 14cm – 28 cm | Tak |  |
| 11 | Współczynnik odwzorowania barw (Ra) – min. 96 | Tak |  |
| 12 | Wgłębność oświetlenia 140 cm | Tak |  |
| 13 | Kopuła główna wyposażona jest w niesterylizowany uchwyt prętowy zintegrowany z kopułą lampy, wykonany w ten sposób, że pozwala na wsunięcie całej dłoni i jej zaciśnięcie co umożliwia pewny chwyt podczas przemieszczania lampy oraz łatwe i szybkie ustawienie kopuły niezależnie od jej położenia. Uchwyt otacza min. 75 % obwodu kopuły.  | Tak |  |
| 14 | Kopuła zamocowana na podwójnym ramieniu o zasięgu 165 cm | Tak |  |
| 15 | Możliwość obrotu ramienia stałego o min. 360° wokół mocowania głównego | Tak |  |
| 16 | Możliwość obrotu ramienia uchylnego wokół przegubu łączącego ramiona o min. 360° | Tak |  |
| 17 | Możliwość obrotu o min. 360° na przegubie łączącym kopułę z ramieniem uchylnym | Tak |  |
| 18 | Natężenie światła regulowane w zakresie 25÷100% za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kopule po obu jest stronach.  | Tak |  |
| 19 | Wyłącznik lampy umieszczony na dwóch niezależnych panelach sterujących zlokalizowanych na kopule po obu jej stronach. | Tak |  |
| 20 | Tryb endo – tryb oświetlenia dla potrzeb chirurgii mało inwazyjnej (funkcja oświetlenia endoskopowego - kolor zielony). Funkcja uruchamiana niezależnie z dwóch paneli sterujących umieszczonych na kopule po obu jej stronach. | Tak |  |
| 21 | Żywotność układu świetlnego – min 40 000 godzin | Tak |  |
| 22 | Maksymalne natężenie napromieniowania 450 W/m² | Tak |  |
| **Kopuła satelitarna** |  |  |
| 23 | Kopuła satelitarna wyposażona w min. 7 modułów świetlnych, w tym centralny moduł doświetlający | Tak |  |
| 24 | Natężenie oświetlenia w odległości 1m - 160 000 luksów | Tak |  |
| 25 | Temperatura barwowa regulowana w zakresie 4000-4400-4800 K | Tak |  |
| 26 | Średnica pola roboczego d10-d50: 14cm – 28 cm | Tak |  |
| 27 | Współczynnik odwzorowania barw (Ra) min. 96 | Tak |  |
| 28 | Wgłębność oświetlenia 140 cm | Tak |  |
| 29 | Kopuła satelitarna wyposażona jest w niesterylizowany uchwyt prętowy zintegrowany z kopułą lampy, wykonany w ten sposób, że pozwala na wsunięcie całej dłoni i jej zaciśnięcie co umożliwia pewny chwyt podczas przemieszczania lampy oraz łatwe i szybkie ustawienie kopuły niezależnie od jej położenia. Uchwyt otacza min. 75 % obwodu kopuły.  | Tak |  |
| 30 | Kopuła zamocowana na podwójnym ramieniu o zasięgu 175 cm | Tak |  |
| 31 | Możliwość obrotu ramienia stałego o min. 360° wokół mocowania głównego | Tak |  |
| 32 | Możliwość obrotu ramienia uchylnego wokół przegubu łączącego ramiona o min. 360° | Tak |  |
| 33 | Możliwość obrotu o min. 360° na przegubie łączącym kopułę z ramieniem uchylnym. | Tak |  |
| 34 | Natężenie światła regulowane w zakresie 25÷100% za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kupule po obu jej stronach.  | Tak |  |
| 35 | Wyłącznik lampy umieszczony na dwóch niezależnych panelach sterujących zlokalizowanych po obu stronach kopuły. | Tak |  |
| 36 | Tryb endo – tryb oświetlenia dla potrzeb chirurgii mało inwazyjnej (funkcja oświetlenia endoskopowego - kolor zielony). Funkcja uruchamiana niezależnie z dwóch paneli sterujących umieszczonych na kopule po obu jej stronach. | Tak |  |
| 37 | Żywotność układu świetlnego – min 40 000 godzin | Tak |  |
| 38 | Maksymalne natężenie napromieniowania 450 W/m² | Tak |  |
| 39 | Gwarancja 48 miesięcy wraz z bezpłatnymi przeglądami | Tak |  |
| 40 | Możliwość zamontowania kamery do rejestracji pola operacyjnego | Tak |  |

Powyższe parametry stanowią wymagania, których spełnienie jest konieczne.

Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje, podane w powyższych tabelach stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak odpowiedzi w kolumnie „Parametry oferowane” traktowany będzie jak brak danej funkcji lub parametru.

W ramach realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązujemy się **do demontażu i montażu** w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (bez pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat – z wykorzystaniem wyłącznie części Wykonawcy).

Oświadczamy, że oferowane powyżej lampy są fabrycznie nowe z ………… miesięczną gwarancją producenta, nie powystawowe, **rok produkcji 2020**  kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ilość punktów serwisowych (minimum 1, podać adres/y):………………………………………………………………….…….[[3]](#footnote-3)

………………….., dnia ………………………. ……….....…………………………………………………

 (miejscowość)

 czytelny podpis lub pieczęć imienna i podpis

 umocowanej osoby do dokonywania czynności

 w imieniu Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

30/ZP/2020

Nazwisko i adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……\*
(w przypadku oferty wspólnej należy wymienić wszystkich Wykonawców ze wskazaniem Pełnomocnika, a poniżej jego dane)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest:**Wyposażenie bloku operacyjnego** oświadczamy, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

 ............................................., ............... 2020 r. ..………........................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………….., w następującym zakresie: ……………………………………………… (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

............................................., ............... 2020 r. ..……….............................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**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.

............................................., ............... 2020 r. ..………........................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

Nazwisko i adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………\*
(w przypadku oferty wspólnej należy wymienić wszystkich Wykonawców ze wskazaniem Pełnomocnika, a poniżej jego dane).

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest:**Wyposażenie bloku operacyjnego** oświadczamy, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23, art. 24 ust. 5 pkt.1 ustawy Pzp.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

 Selfcleaning ( samooczyszczenie)

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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 i ust. 5). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………

 …......................................, …............ 2020 r. ..…………...............................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ……………………………………………………………………….………………………………………………………….(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CeiDG) nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..….…… (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CeiDG), nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**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.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

Wzór oświadczenia wymaganego od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w \_art. 13 lub \_art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

….........................................., …............ 2020 r. **……………………………………………………..**

podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**ZAŁĄCZNIK Nr 5 30/ZP/2020**

**WYKAZ DOSTAW**

**DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY** (min. jedna dostawa)

**(Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z pkt 10 ppkt 6.3 SIWZ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu na rzecz, którego dostawa została realizowana, zrealizowana  | Opis zamówienia, zakres, wartość  | Data wykonania |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dołączam/my dokumenty (referencje) potwierdzające, że wyżej wymienione dostawy wykonane zostały należycie.

 ………………………………………………..

 Data i podpis Wykonawcy/osoby upoważnionej

1. W rozumieniu zalecenia Komisji 2003/361/WE z dnia 6 maja 2003r. dotyczącego definicji mikro przedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (tekst mający znaczenie dla EOG), Dz. U. L 124 z 20.5.2003, str. 36-41 [↑](#footnote-ref-1)
2. Zapis zostanie uzupełniony na etapie zawarcia umowy – na etapie składania ofert Zamawiający dopuszcza możliwość nie wypełniania przez Wykonawcę. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zapis zostanie uzupełniony na etapie zawarcia umowy – na etapie składania ofert Zamawiający dopuszcza możliwość nie wypełniania przez Wykonawcę. [↑](#footnote-ref-3)
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” [↑](#footnote-ref-4)