**Pakiet 1 – Kardiomonitory.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **ILOŚĆ SZTUK** | **CENA NETTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **%****VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | Kardiomonitor | 4 |  |  |  |  |

**WYMAGANIA TECHNICZNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** |
|  | Monitor pacjenta z pomiarem EKG, SPO2, NIBP, Temp |
|  | Monitor o masie poniżej 4 kg |
|  | Wymiary monitora 198 x 320 x 262 mm (+/– 10 mm dopuszczalne) |
|  | Bateria zapewniająca pracę przez min. 4 godziny z możliwością instalacji dodatkowej baterii i wydłużenia czasu działania do 8 godzin |
|  | Ekran monitora o przekątnej 12” i rozdzielczości 1024x800, dotykowy |
|  | Wskaźnik zasilania sieciowego i akumulatora na przednim panelu monitora |
|  | Pamięć alarmów i powiązanych krzywych – min. 3000 zdarzeń (ARR) |
|  | Rejestracja trendów – min. 1800h przy rozdzielczości 10 minut, rozdzielczość zapisu min. 5 s i więcej |
|  | Monitor wyposażony w schowek na akcesoria kardiomonitora |
|  | Pamięć 3000 zdarzeń arytmii wraz z krzywymi powiązanymi (ARR) |
|  | Pamięć min. 2400 pomiarów NIBP |
|  | Holograficzna krzywa 72 godziny |
|  | Pomiar SpO2, EKG, NIBP, temperatura |
|  | Pomiar NIBP w trybie manualnym, automatycznym, STAT, sekwencja |
|  | Sekwencja NIBP zapewniająca 5 grup, z których każda ma możliwość ustawienia ilości, interwału pomiaru |
|  | Interwał pomiaru od 1 minuty do 8 godzin |
|  | Pomiar SYS, DIA, MAP, PR |
|  | Pomiar SYS w zakresie 30 – 270 mmHg |
|  | Pomiar DIA w zakresie 10 – 220 mmHg |
|  | Dokładność pomiaru +/–3mmHg |
|  | Czas pomiaru NIBP nie dłuższy niż 45 s |
|  | Maksymalne ciśnienie mankietu NIBP 297 mmHg |
|  | Pomiar SpO2 w zakresie 0 – 100% |
|  | Dokładność pomiaru w zakresie 70 – 100 % lepsza niż 3 % |
|  | Pomiar pulsu w zakresie 25 – 300/min. |
|  | Dokładność pomiaru pulsu +/–3/min. |
|  | Pomiar indeksu perfuzji PI w zakresie 0,05% do 20% |
|  | Dokładność pomiaru PI 0,1 % lub 10% odczytu |
|  | Pomiar częstości oddechowej z czujnik SpO2 |
|  | Pomiar EKG przy pomocy 3 odprowadzeniowego kabla i 6 odprowadzeniowego |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrody dla każdej elektrody |
|  | Do wyboru 4 różne ustawienia filtracji sygnału EKG  |
|  | Czas powrotu linii bazowej po defibrylacji max. 10 s |
|  | Pomiar ST w zakresie -2 mV do 2 mV  |
|  | Czas odświeżania ST max. 10 s |
|  | Pomiar oddechu RA-LA, RA-LL do wyboru |
|  | Min. 4 różne prędkości krzywych do wyboru |
|  | Pomiar częstości HR w zakresie 10 – 350/min |
|  | Czułość pomiarów HR równa lub lepsza od 0,2 mVp-p |
|  | Zakres pomiaru częstości oddechów 0 – 150/min. |
|  | Dokładność pomiaru oddechów 2/min. lub 2% (co większe) |
|  | Alarm apnea regulowany 10 s do 60 s |
|  | Pomiar temperatury przy pomocy czujnika temperatury skóry lub temperatury wewnętrznej |
|  | Pomiar w 2 kanałach z wyznaczeniem różnicy: parametry T1, T2 i Td |
|  | Pomiar temperatury w zakresie 0 – 50ºC |
|  | Możliwość wpięcia do sieci oddziałowej centralnego monitorowania |
|  | 2 gniazda USB z możliwością podłączenia skanera kodów kreskowych, klawiatury i myszki |
|  | Złącze VGA |
|  | Chłodzenie bez wentylatora |
|  | Automatyczna regulacja jasności ekranu |
|  | Koszyk na akcesoria (kable i czujniki) wbudowany w monitor |
|  | Pomiar parametrów EWS i GCS |
|  | Monitor dostarczony z podstawą jezdną wyposażony w koszyk na akcesoria  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, lecz nie starszy niż 2022r. |
|  | Instruktaż personelu (użytkowników) po dostawie sprzętu – do 2 tygodni po dostawie sprzętu |

*Wszystkie pozycje są obligatoryjnie wymagane jako TAK.*

**Pakiet 2 – Defibrylator.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **ILOŚĆ SZTUK** | **CENA NETTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **%****VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | Defibrylator | 1 |  |  |  |  |

**WYMAGANIA TECHNICZNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** |
|  | Praca w różnych trybach: AED, Ręcznym, Archiwum, Ustawień, Serwisowy, Demo |
|  | Torba z paskiem oraz łyżki standardowe w zestawie |
|  | Waga wyposażonego monitora z nową rolką papieru i zainstalowanymi dwiema bateriami do 10 kg |
|  | Ogólne parametry wysokość 32 cm, szerokość 41 cm, głębokość do 24 cm (+/– 2 cm) |
|  | Przekątna wyświetlacza 200–220mm |
|  | Wyświetlacz kolorowy LCD w rozdzielczości minimum 640x480 |
|  | Tryb wyświetlacza wybierany przez użytkownika: full color lub wysoki kontrast |
|  | Wyświetlacz minimum 4s EKG, wartości alfanumeryczne, polecenia, komunikaty urządzenia |
|  | Wyświetlacz do trzech krzywych |
|  | Prędkość przewijania krzywych na wyświetlaczu 25 mm/s dla EKG, SpO2IP i 12,5 mm/s dla CO2 |
|  | Serwis u klienta |
| **Zrządzanie danymi:** |
|  | Pamięć wewnętrzna na dane pacjenta, zdarzenia, zapisy krzywych ciągłych oraz zapisy impedancji pacjenta |
|  | Możliwość wybierania raportów, drukowania i przesyłania za pomocą dostępnych metod komunikacji |
|  | Różne typy raportów: trzy typy formatu zapisu zdarzeń krytycznych, 12-doprowadzeniowe EKG z określeniami STEMI |
|  | Ciągły zapis EKG |
|  | Lista zmian podczas badania |
|  | Zestawienie podstawowych oznak życia |
|  | Raport migawkowy |
|  | Pamięć: 360 minut ciągłego zapisu EKG |
|  | Pamięć zapisu 400 pojedynczych zdarzeń z krzywymi |
|  | Dla jednego pacjenta zapis do 200 pojedynczych zdarzeń z krzywymi oraz 90 minut ciągłego zapisu EKG |
| **Komunikacja:** |
|  | Możliwość przesyłania danych za pomocą połączeń przewodowych lub bezprzewodowych |
|  | Seryjny port komunikacyjny: RS232 + 12V |
|  | Ograniczenie do urządzeń o prądzie roboczym maksimum 0,5A |
|  | Technologia Bluetooth |
| **Monitor:** |
|  | Monitorowanie EKG za pomocą wielu podłączeń kablowych: trzyżyłowy, pięciożyłowy, dziesięciożyłowy. |
|  | Łyżki standardowe lub elektrody do stymulacji/defibrylacji/ EKG |
|  | Monitor na częstotliwościach 0,5 do 40 Hz lub 1 do 30 Hz |
|  | Częstotliwości łyżek: 2,5 do 30 Hz |
|  | Różne odprowadzenia do wyboru:- odprowadzenia I, II, III (trzyżyłowy kabel EKG)- odprowadzenia I, II, III, AVR, AVL i AVF dostępne jednocześnie (czterożyłowy kabel EKG)- odprowadzenia I, II, III, AVR, AVL, AVF i C dostępne jednocześnie (pięciożyłowy kabel EKG) - odprowadzenia I, II, III, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 i V6 dostępne jednocześnie (dziesięciożyłowy kabel EKG) |
|  | Rozmiar EKG: 4, 3, 2,5, 2, 1,5, 1, 0,5, 0,25 cm/mV (ustawione na 1 cm/mV dla 12-odprowadzeniowego) |
|  | Tłumienie Sygnału Współbieżnego (CMRR): Odprowadzenia EKG: 90 dB przy 50/60 Hz |
|  | Wyświetlacz częstości akcji serca (tętno): 20-300 uderzeń na minutę, wyświetlacz cyfrowy, |
|  | Dokładność częstości akcji serca:+/– 4% lub +/– 3 uderzeń na minutę |
|  | Zakres Trwania Wykrycia akcji serca QRS: 40 do 120 ms |
|  | Amplituda tętna: 0,5 do 5,0 mV |
|  | Symbol serca na wyświetlaczu: miga dla każdego wykrycia QRS |
|  | Czujniki SpO2 |
|  | Zakres wyświetlanej saturacji: 50 – 100 % |
|  | Dokładność saturacji: 70 – 100% (0 – 69% nieokreślona)Pacjenci Dorośli/Pediatryczni: +/– 2 cyfry (w warunkach bezruchu), +/– cyfry (w warunkach ruchu) |
|  | Częstotliwość aktualizacji SpO2 – wybór użytkownika:4, 8, 12 lub 16 sekund |
|  | Czułość SpO2 – wybór użytkownika: normalna, wysoka |
|  | Pomiar SpO2: Funkcjonalne wartości SpO2 są wyświetlane i zachowywane |
|  | Zakres częstości tętna: 25 do 240 uderzeń na minutęDokładność częstości tętna (pacjenci dorośli/pediatryczni): +/– 2 cyfry (w warunkach bezruchu), +/– 3 cyfry (w warunkach ruchu) |
|  | Czujnik methemoglobiny (SpMetHb) dokładny do +/– 1 cyfry |
|  | Czujnik karboksyhemoglobiny (SpCo) dokładny do +/– 3 cyfry |
|  | Zakres Pomiaru Skurczowego Ciśnienia Krwi: 30 do 255 mmHg |
|  | Zakres Pomiaru Rozkurczowego Ciśnienia Krwi: 15 do 220 mmHg |
|  | Zakres Pomiaru Średniego Ciśnienia Tętniczego: 20 do 235 mmHg |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia krwi: +/– 5 mmHg |
|  | Czas pomiaru ciśnienia krwi: 20 sekund, typowe (wyłączając czas napompowania mankietu) |
|  | Dokładność pomiaru tętna: +/– 2 uderzenia na minutę lub +/– 2%, |
|  | Zakres pomiaru tętna: 30 do 240 uderzeń na minutę |
|  | Parametry początkowego ciśnienia roboczego mankietu: wybór użytkownika, 80 do 180 mmHg |
|  | Odstęp czasowy między pomiarami automatycznymi: wybór użytkownika, od 2 do 60 minut |
|  | Automatyczne opróżnianie mankietu przy zbyt wysokim ciśnieniu: jeżeli ciśnienie w mankiecie przekracza 290 mmHg |
|  | Zakres pomiaru CO2 0 do 99 mmHgDokładność pomiaru respiracji:0 do 70 oddechów na minutę: +/– 1 oddech na minutę71 do 99 oddechów na minutę: +/–2 oddechy na minutęCzas narastania: 190 ms |
|  | Jednostki pomiaru CO2: mmHg, %, kPA |
|  | Zakres pomiaru respiracji: 0 do 99 oddechów na minutę |
|  | Czas odpowiedzi: 3,3 s (obejmuje czas opóźnienia i czas wzrostu) |
|  | Czas inicjalizacji: 30 s (typowy), 10 – 180 sekund |
|  | Ciśnienie otoczenia: kompensowane automatycznie wewnętrznie |
|  | Wyświetlacz opcjonalny: krzywa ciśnienia CO2 Współczynniki skalowania: Autoskalowanie, 0 – 20 mmHg (0-4% obj.), 0 – 50 mmHg (0-7% obj.), 0 – 100 mmHg (0 – 14% obj.) |
|  | Typ przetwornika pomiaru ciśnienia inwazyjnego: czujnik tensometryczny z mostkiem półprzewodnikowymCzułość przetwornika pomiaru ciśnienia inwazyjnego: 5μV/V/mmHgNapięcie wzbudzenia: 5 V prąd stały  |
|  | Złącze: Ekran Elektryczny: CXS 3102A 14S-6S |
|  | Szerokość pasma: Filtrowane cyfrowo, prąd stały do 30 Hz (<–3 db) |
|  | Pełzanie zera: 1 mmHg/h bez pływania przetwornikaRegulacja zera: +/– 150 mmHg łącznie z przesunięciem przetwornika |
|  | Dokładność numeryczna: +/– 1 mmHg lub 2% odczytu, wartość wyższa plus błąd przetwornika |
|  | Zakres ciśnienia: –30 do 300 mmHg, w sześciu zakresach wybieranych przez użytkownika |
|  | Wyświetlacz Ciśnienia Inwazyjnego: Krzywa IP i cyfry |
|  | Jednostki na wyświetlaczu Ciśnienia Inwazyjnego: mmHg |
|  | Oznaczenia Ciśnienia Inwazyjnego na Wyświetlaczu P1 lub P2, ART, PA, CVP, ICP, LAP (wybór użytkownika) |
|  | Profil zmian ciśnienia inwazyjnego na wyświetlaczu – skala czasowa: Auto, 30 minut, 1, 2, 4 lub 8 godzin, czas trwania: do 8 godzin |
|  | Segment ST: Po początkowej analizie 12-odprowadzeniowego EKG, automatycznie wybiera i określa odprowadzenie EKG z największym przemieszczeniem ST |
|  | Wybór wyświetlacza: HR, PR (SpO2), PR (NIBP), SpO2 (%), SpCO (%), SpMet (%), CO2 (EtCO2/FiCO2), RR (CO2), NIBP, IP1, IP2, ST |
| **Alarmy:** |
|  | Szybkie ustawienia alarmów: Aktywuje alarmy dla wszystkich aktywnych czynności życiowych i obejmuje wskaźnik, dla którego alarmy są aktywne  |
|  | Alarm VF/VT: Aktywuje ciągły monitoring pacjenta (CPSS od ang. Continuous Patient Surveillance System) w trybie Ręcznym |
|  | Alarm bezdechu: Pojawia się po upływie 30 sekund od ostatniego wykrytego oddechu |
|  | Alarm Zakresu Częstości Akcji Serca (tętno): Granica górna 100 – 250 uderzeń na minutę; granica dolna 30 –150 uderzeń na minutę |
|  | 12-odprowadzeniowy Algorytm Interpretacyjny |
| **Drukarka:** |
|  | Drukuje ciągły pasek wydruku wyświetlanych informacji i raportów pacjentaRozmiar papieru: 100 mmPrędkość wydruku: 25 mm/s lub 12,5 mm/sOpcjonalnie: 50 mm/s podstawa czasowa dla raportów 12-odprowadzeniowego EKGOpóźnienie: 8 sekundDruk automatyczny: wykresy zdarzeń drukowane automatycznie, wybór użytkownikaCharakterystyka częstotliwościowa (odpowiedź częstotliwościowa):Diagnostyka: 0,05 do 150 Hz lub 0,05 do 40HzMonitor: 0,5 do 40 Hz lub 1 do 30 Hz |
| **Defibrylator:** |
|  | Fala Dwufazowa: Dwufazowa Obcięta Fala WykładniczaPoniższe parametry mają zastosowanie dla wartości impedancji klatki piersiowej od 25 do 250 Ω,  |
|  | Dokładność energii: +/–1 J lub 10% wartości ustawienia, wartość wyższa przy 50 Ω; +/– 2 J lub 15% wartości ustawienia, wartość wyższa przy 25–175. |
|  | Kompensacja Napięcia: Aktywna, kiedy podłączone są jednorazowe elektrody terapeutyczne. Wydatek energii w zakresie +/– 5% lub +/– 1 J, wartość wyższa przy wartości 50 Ω, ograniczona do energii dostępnej, która skutkuje dostarczeniem 360 J przy 50 Ω |
|  | Opcje Łyżek: elektrody do stymulacji/defibrylacji/EKG (standardowe). Długość kabla QUIK-COMBOR 2,4 m (nie obejmuje długości odprowadzeń samych elektrod). Łyżki standardowe (opcjonalnie) |
|  | W trybie ręcznym wybór wartości energii: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 20, 30, 50, 70, 100, 125, 150, 175, 200, 225, 250, 275, 300, 325 i 360 J. |
|  | Czas Ładowania w trybie ręcznym: Typowy czas ładowania do 360 J poniżej 10 s. |
|  | Kardiowersja Synchroniczna w trybie ręcznym: Transfer energii rozpoczyna się w ciągu 60 ms szczytowego QRS |
|  | Shock Advisory System (SAS) (System Dostarczania Wyładowania) w trybie AED: System analizy EKG, który udziela operatorowi rady, czy algorytm wykrył rytm EKG z zaleceniem dostarczenia wyładowania albo, czy wykrył rytm bez zalecenia wyładowania. SAS otrzymuje EKG wyłącznie za pomocą elektrod terapeutycznych |
|  | Czas uzyskania gotowości do wyładowania w trybie AED: Przy korzystaniu z w pełni naładowanej baterii w temperaturze pokojowej urządzenie jest gotowe do wyładowania w ciągu 20 sekund, jeżeli początkowe rozpoznanie rytmu to „WYŁADOWANIE ZALECANE” |
|  | Wyjście dwufazowe w trybie AED: Poziomy Energii Wyładowania w zakresie 150–360 J z takim samym lub większym poziomem energii dla każdego kolejnego wyładowania |
|  | Technologia zapewniająca metodę maksymalizacji czasu w jakim pacjent poddawany jest CPR |
|  | Opcje ustawień defibrylatora:Autoanaliza: Umożliwia przeprowadzenie autoanalizyOpcje: WYŁĄCZONY, PO PIERWSZYM WYŁADOWANIU |
|  | Wstępna reanimacja: Umożliwia informowanie użytkownika o konieczności prowadzenia CPR przez pewien czas przed przystąpieniem do innych czynności. Opcje: WYŁĄCZONY, PRZEPROWADŹ NAJPIERW ANALIZĘ, PRZEPROWADŹ NAJPIERW CPR |
|  | Czas wstępnej reanimacji: Czas przeznaczony na wstępną reanimację. Opcje: 15, 30, 45, 60,90, 120 i 180 sekund. |
|  | Reanimacja przed wyładowaniem: Pozwala użytkownikowi na prowadzenie wstępnej reanimacji podczas ładowania urządzenia. Opcje: WYŁĄCZONY, 15 sekund, 30 sekund |
|  | Sprawdzenie tętna: Umożliwia użytkownikowi otrzymywanie komunikatu o konieczności sprawdzenia tętna w rożnym czasie. Opcje: ZAWSZE, PO CO DRUGIM WYŁADOWANIU, PO KAŻDYM WYŁADOWANIU, NIGDY |
|  | Sekwencja wyładowań: Zezwala na reanimację po trzech kolejnych wyładowaniach albo po pojedynczym wyładowaniu. Opcje: WŁĄCZONY, WYŁĄCZONY |
|  | Czas reanimacji: 1 lub 2 czasy reanimacji wybierane przez użytkownikaOpcje: 15, 30, 45, 60, 90, 120, 180 sekund i 30 minut |
| **Stymulator:** |
|  | Tryb Stymulatora: dla synchronicznej i asynchronicznej stymulacji pierwotne wartości częstości i prądu są ustawiane domyślne (podlegają konfiguracji przez użytkownika) |
|  | Tempo stymulacji: 40–170 stymulacji na minutę |
|  | Dokładność tempa stymulacji: +/– 1,5% całego zakresu |
|  | Fala na wyjściu: Jednofazowa, obcięty wykładniczy impuls prądowy (20 ÷ 1,5 ms) |
|  | Prąd na wyjściu: 0 do 200 mA |
|  | Przerwa: Częstotliwość impulsu stymulacji redukowana jest czterokrotnie |
|  | Okres refrakcji: 200 do 300 ms +/– 3% (funkcja wartości) |
| **Zasilanie:**  |
|  | Bateria dualna: zdolność automatycznego przełączania |
|  | Wskaźnik i komunikat niskiego naładowania baterii: Wskaźnik i komunikat niskiego poziomu naładowania baterii w obszarze statusu każdej baterii |
|  | Wskaźnik i komunikat wymiany baterii: Wskaźnik wymiany baterii, sygnał akustyczny i komunikat wymiany baterii w obszarze statusu każdej baterii. Kiedy pojawia się komunikat wymiany baterii, urządzenie automatycznie przełącza się na druga baterię. Kiedy obydwie baterie osiągają stan konieczności wymiany, komunikat głosowy zaleca użytkownikowi wymianę baterii |
| **Bateria:** |
|  | Typ baterii: Litowo-jonowa |
|  | Ciężar: 0,59 kg |
|  | Napięcie: 11,1 V typowe |
|  | Pojemność (znamionowa): 5,7 Ah |
|  | Czas ładowania (przy całkowicie rozładowanej baterii): 4,5 godziny (typowe) |
|  | Wskaźniki baterii: Każda bateria posiada miernik, który wskazuje przybliżony stopień naładowania. Miernik, który ma aktywne dwie lub mniej diod LED po cyklu ładowania wskazuje, że bateria powinna zostać wymieniona. |
| **Warunki otoczenia:** |
| 117. | Temperatura robocza: 0° do 45°C; -20°C przez jedną godzinę po przechowywaniu w warunkach temperatury pokojowej; 60°C przez jedną godzinę po przechowywaniu w warunkach temperatury pokojowej |
| 118. | Temperatura przechowywania: -20° do 65°C oprócz elektrod terapeutycznych i baterii |
| 119. | Odporność na wodę, robocza: IP44 (odporne na pryskanie, kurz i piasek) zgodnie z normą IEC 529 lub równoważną i EN 1789 lub równoważną (bez akcesoriów oprócz kabla 12-odprowadzeniowego EKG, łyżek twardych i pakietu baterii) |

*Wszystkie pozycje są obligatoryjnie wymagane jako 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 kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego – Zp/86/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 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.

5. 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)

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

7. 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.
3. 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)

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

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

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

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesięce.*

*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 kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego” - Zp/86/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, 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, 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, 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, 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 kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego” - Zp/86/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, 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, 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, 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 kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychiczngo” - Zp/86/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, 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 pn. **,,Dostawa kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego” - Zp/86/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)

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*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 kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego” - Zp/86/TP/24**

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,Dostawa kardiomonitorów i defibrylatora na potrzeby Centrum Zdrowia Psychicznego” - Zp/86/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)*

*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)