**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**Załącznik nr 1 1a do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Fotel ginekologiczny**

Przedmiot zamówienia –………………………………………………………………………………….

Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........

Oferowany model …………………………………………………........................…………………...

Producent …………………………………………………………………........................……………

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...

**Rok produkcji 2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane  | Potwierdzenie spełniania parametru TAK/NIE |
| 1. | Fotel ginekologiczny 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska; |   |
| 2. | Fotel osadzony na elektromechanicznie regulowanej osłoniętej kolumnie;  |   |
| 3. | Podstawa, kolumna zabezpieczona tworzywową, gładką osłoną w kolorze białym, gwarantująca brak przestrzeni zamkniętych i trudno dostępnych, oraz łatwość i szybkość dezynfekcji. Podstawa, kolumna oraz spodnie części wszystkich segmentów fotela obudowane łatwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego w kolorze białym; Nie dopuszcza się widocznych siłowników fotela oraz fotela bez obudowy siedziska i segmentu pleców z tworzywa sztucznego. Nie dopuszcza się obudowy podstawy metalowej oraz kolumny obudowanej obudową metalową. |   |
| 4. | Zintegrowany uchwyt na ręczniki jednorazowe w rolce za segmentem pleców, zawieszany możliwy do szybkiego demontażu. Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego w rolce między segmentem pleców i głowy oraz między segmentem siedziska i segmentu pleców |   |
| 6. | Podpory pod ręce pacjenta z tworzywa sztucznego 1 para Nie dopuszcza się podpór pod ręce z wykończeniem skajem czy wersji tapicerowanej;  |   |
| 7. | Fotel wyposażony w podkolanniki w kolorze tapicerki fotela 1 para  |   |
| 8. | Fotel wyposażony w strzemiona 1 para  |   |
| 9. | Fotel wyposażony w uchylną owalną miskę szt 1  |   |
| 10. | Fotel wyposażony w jezdną podstawę – kółka średnica 75mm z indywidualną blokadą hamulcami  |   |
| 11. | Schodek nasuwany na podstawę fotela (umożliwiający dobry dostęp do panelu sterującego wbudowanego w podstawę fotela) pokryty białą obudową z tworzywa sztucznego, schodek z możliwością demontażu; Nie dopuszcza się schodka dostawionego do fotela metalowego -malowanego proszkowo;  |   |
| 12. | Fotel wyposażony w zintegrowaną lampę LED na 0.5m wyginanym ramieniu osadzoną na sztycy podkolannika/ sztycy strzemienia wyposażoną w oddzielny zasilacz sieciowy  |   |
| 13. | Fotel ginekologiczny 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska; |   |
| 14. | Fotel osadzony na elektromechanicznie regulowanej osłoniętej kolumnie;  |   |
| 15. | Bezpieczne obciążenie min 150kg. |   |
| 16. | Wymiary całkowite 3 segmentowej powierzchni roboczej w pozycji leża 1365mm +/- 50mm  |   |
| 17. | Długość x szerokość podstawy 900x600mm  |   |
| 18. | Szerokość leża 615 mm  |   |
| 19. | Podstawa wyoblona bez wystających ostrych krawędzi, pokryta obudową z tworzywa sztucznego o Długość x szerokość podstawy fotela 900 x 600mm. Nie dopuszcza się widocznych elementów metalowych malowanych proszkowo podstawy oraz kolumny. Nie dopuszcza się widocznych śrub, siłowników elektrycznych czy przewodów siłowników; |   |
| 20. | Elektromechaniczna regulacja wysokości fotela w zakresie 640-940mm sterowanie za pomocą dwóch przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela  |   |
| 21. | Regulacja segmentu plecowego 0-80 o manualna uzyskiwana za pomocą uchwytu sprężyny gazowej  |   |
| 22. | Stała horyzontalna pozycja segmentu siedzenia  |   |
| 24. | Wybór przynajmniej 15 różnych kolorów tapicerki |   |
| 25. | CE- Deklaracja zgodności,  |   |
| 26. | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna |   |
| 27. | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego |   |
| 28. | Gwarancja min 24 miesiące, w okresie gwarancji okresowe bezpłatne przeglądy sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta sprzętu nie rzadziej niż raz w roku. |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu | Wartośćnetto | Stawka VAT | Wartośćbrutto | Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi |
| **1.** | **Fotel ginekologiczny** | 1 szt |  |  |  |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy  |  w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy  | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii  | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych | U Zamawiającego  |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji  | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**Załącznik nr 1 2b do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Aparat do Kriochirurgii**

Przedmiot zamówienia –………………………………………………………………………………….

Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........

Oferowany model …………………………………………………........................…………………...

Producent …………………………………………………………………........................……………

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...

**Rok produkcji 2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | Parametry | TAK (podać) |
|  | Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN2) |  |
|  | Objętość zbiornika 20 dm³ |  |
|  | Temperatura powierzchni końcówki krioaplikatora (minimalna) -190oC |  |
|  | Ciśnienie robocze 0,5 bara |  |
|  | Zasilanie 230 V +/- 10 % |  |
|  | Klasa ochronności II |  |
|  | Typ ochrony B |  |
|  | Zużycie azotu 6 dkg/min (+/- 10 %) |  |
|  | Wymiary: szerokość/długość/wysokość 420 / 480 / 1150 mm (+/- 10 %) |  |
|  | Masa urządzenia: 29,3 kg (+/- 10 %) |  |
|  | Krioaplikatory 7 szt 6 szt. Kontaktowe, 1 szt. natryskowy |  |
|  | - Urządzenie umieszczone na ramie jezdnej, umożliwiające jego łatwe przemieszczanie. - Urządzenie posiadające elastyczną linię przesyłową ciekłego azotu, która umożliwia w wygodny i bezpieczny sposób wykonywanie zabiegów. - Urządzenie posiadające funkcję rozmrażania aplikatorów  |  |
|  | Aplikatory dermatologiczne: wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki **APLIKATORY**1. Ø 2 (2D)
2. Ø 6 (4D)
3. Ø 10 (6D)
 |  |
|  | Aplikatory ginekologiczne: wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki **APLIKATORY**1. Ø 19 (1G)
2. Ø 22 (3G)
3. Ø 22 (8G)
 |  |
| 15. | Krioaplikatory Laryngologiczne (nosowe) wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki **APLIKATORY**1. Ø 4 (2LN)
 |  |
| 16. | Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu |  |
| 17. | Instrukcja w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna |  |
| 18. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny |  |

**APLIKATORY:**





|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu | Wartośćnetto | Stawka VAT | Wartośćbrutto | Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi |
| **1.** | Aparat do Kriochirurgii | 1 szt |  |  |  |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy  |  w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy  | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych  | U Zamawiającego  |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**Załącznik nr 1 3c do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

Video rhinolaryngoskop - fiberoskop

Przedmiot zamówienia –………………………………………………………………………………….

Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........

Oferowany model …………………………………………………........................…………………...

Producent …………………………………………………………………........................……………

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...

**Rok produkcji 2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp**. | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane przez wykonawcę: (wpisać TAK/NIE lub wpisać oferowany parametr** |
| 1 | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 2,0 mm ± 0,2 mm |  |
| 2 | Długość robocza 300 mm ± 20 mm |  |
| 3 | Kąt wygięcia końcówki endoskopu co najmniej:- w górę 130º- w dół 130º |  |
| 4 | Źródło światła typu LED zintegrowane z videofiberoskopem |  |
| 5 | Możliwość regulacji Natężenia światła LED, od 0 do 100%  |  |
| 6 | Możliwość ustawienia trybu obrazu: diagnostyczny i operacyjny |  |
| 7 | Dedykowane przyciski na rękojeści videoendoskopu do:- powiększenia/pomniejszenia obrazu- uruchamiania zapisu video- wykonania zdjęcia- zamrożenie obrazu |  |
| 8 | Przystosowany do procesu sterylizacji niskotemperaturowej |  |
| 9 | Monitor z kolorowym ekranem o przekątnej minimum 10,1" |  |
| 10 | Rozdzielczość ekranu monitora minimum: 1280 x 800 px |  |
| 11 | Obsługa monitora poprzez ekran dotykowy |  |
| 12 | Dostępne funkcje regulacji parametrów obrazu:- jasność- kolor- kontrast- korekcja balansu bieli |  |
| 13 | Nagrywanie głosu podczas badania |  |
| 14 | Zasilanie monitora:- sieciowe- akumulatorowe- możliwość pracy w trakcie ładowania akumulatora |  |
| 15 | Pojemność akumulatora minimum 5200 mAh |  |
| 16 | Możliwość ciągłej pracy na naładowanej baterii do minimum 240 minut |  |
| 17 | Graficzny wskaźnik poziomu naładowania akumulatora wyświetlany na ekranie monitora. |  |
| 18 | Wbudowane gniazdo karty pamięci typu SD do wykonania dokumentacji w postaci zdjęć oraz filmów. Dołączyć kartę SD min 64GB. |  |
| 19 | Możliwość odtworzenia zapisanych zdjęć i filmów bezpośrednio na monitorze z funkcją kasowania |  |
| 19 | Wyjście video HDMI oraz CVBS (BNC) do podłączenia zewnętrznego monitora |  |
| 20 | Możliwość zamocowania monitora na stojaku |  |
| 21 | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach |  |
| 22 | Zestaw zawiera:- tester szczelności- kapturek do wyrównania ciśnienia- walizka na sprzęt |  |
| 23 | Lampa czołowa diodowa na czepcu profesjonalnym, komplet z **transformatorem gniazdowym** i regulacją jasności w tym:* Oświetlenie: do 90 000 luxów w odległości pracy 180 mm. jasnego, równomiernie rozłożonego na całym polu światła z temperaturą koloru 5.500 Kelvinów. Optymalna jasność zapobiega powstawaniu odblasków.
* Temperatura koloru: 5 500 Kelvinów.
* Trwałość diody LED: Trwałość diody [LED HQ](https://www.plusultra.pl/led-hq)  szacowana na 50 000 godzin pracy.
* Regulowane pole: Ciągła regulacja pola oświetlenia w zakresie od 30mm do 80mm średnicy (przy odległości pracy 420 mm). Mała średnica jest odpowiednia dla laryngologów oraz dentystów. Regulacja wielkości pola oświetlenia oraz bezstopniowa regulacja jasności świecenia. Na wszystkie dostępne napięcia oraz kieszonkowe źródło prądu.
* Kąt pochylenia: Pełna regulacja dla odpowiedniego ustawienia przez użytkownika.
* Regulator jasności: Zamontowany z boku czepca.
* Optyka: Zaawansowana, wielowarstwowo powlekana szklana optyka zapewniająca maksymalną jasność. System chłodzenia diody, gwarantujący niezbędną ciszę i bezwibracyjną pracę.
* zintegrowane mocowania lup okularowych serii HR/HRP.
* Możliwość zamocowania filtra polaryzacyjnego do badań kontrastowych oraz filtra żółtego do redukcji zawartości barwy niebieskiej
* Czas pracy: 8,5 godziny z kieszonkowym urządzeniem zasilającym mPack wyposażonym w baterię akumulatorową typu Li-ion – 70% większa pojemność w porównaniu ze standardową baterią akumulatorową.

Przy zasilaniu bezpośrednio z sieci – czas użytkowania nieograniczony* Ładowarka do baterii - zasilacz
 |  |
| **INNE:** |
| 24 | Podać model |  |
| 25 | Producent |  |
| 26 | **Rok produkcji 2023** |  |
| 27 | Szkolenie z obsługi w siedzibie użytkownika |  |
| 28 | Instalacja urządzenia wraz z uruchomieniem |  |
| 29 | Deklaracja zgodności CE zgodnie z obowiązującymi normami |  |
| 30 | Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu | Wartośćnetto | Stawka VAT | Wartośćbrutto | Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi |
| **1.** | Video rhinolaryngoskop - fiberoskop | 1 szt |  |  |  |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy  |  w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy  | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych  | U Zamawiającego  |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**Załącznik nr 1 4d do swz**

**UNIT STOMATOLOGICZNY**

**Przedmiot zamówienia –…………………………………………………………………………………..**

**Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........**

**Oferowany model …………………………………………………........................…………………...**

**Producent …………………………………………………………………........................……………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...**

**Rok produkcji 2023.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Producent / Firma | Podać |  |
| 2 | Unit stomatologiczny fabrycznie nowy - nieużywany z kompresorem wyciszonym, który może znajdować się w pomieszczeniu, w którym wykonywane są usługi stomatologiczne | TAK opisać |  |
| 3 | Rok produkcji |  2023(podać) |  |
| 4 | **Kompresor bezolejowy** dwutłokowy, pojemność zbiornika nie mniej niż 35 l obudowa wyciszająca do kompresora i drzwi rewizyjne otwierane z frontu z zamontowanym wentylatorem chłodzącym - poziom hałasu max 45db  | opisać |  |
| 5 | System demineralizacji wody | TAK (opisać) |  |
| 6 | Panel lekarza z rękawami od góry, panel łatwo zmywalny bez zakamarków | TAK(podać) |  |
| 7 | Mikrosilnik elektryczny bezszczotkowy z płynną regulacją obrotów prawo – lewo LED  | TAK(opisać) |  |
| 8 | Turbina - złącze Mid-West rękawa  | TAK (podać) |  |
| 9 | Strzykawka wodno - powietrzna | TAK(podać) |  |
| 10 | Skaler piezoelektryczny z zapasowymi końcówkami (5 końcówek) i tip endo LED | TAK (podać) |  |
| 11 | Lampa diodowa do polimeryzacji 1000mW z soft start | TAK(podać)  |  |
| 12 | Ślinociąg wodny, panel asysty z kompletem węży ssących,  | TAK(opisać) |  |
| 13 | Fotel z pamięcią pozycji Trandelenburga (ratownicza) i pozycja „zero”, nośność fotela do 180 kg | TAK(opisać) |  |
| 14 | Endometr – 2 szt. | TAK(opisać)  |  |
| 15 | Podgłówek fotela łamany pneumatyczny | TAK (opisać) |  |
| 16 | Sterowanie fotela z panela asysty oraz pulpitu lekarza | TAK(opisać) |  |
| 17 | Napełnianie kubka wodą i spłukiwanie miski spluwaczki | TAK(opisać) |  |
| 18 | Wyposażenie unitu w końcówki NSK: 4 końcówki turbinowa ze światłem, 4 kątnice do mikrosilnika ze światłem, 4 prostnice końcówki, 4 szt dysze do dmuchawki stomatologicznej. | TAK(podać) |  |
| 19 | Asystor stomatologiczny, 3-szufladowy, blat szklany, wkłady do szuflad – z systemem jezdnym.Stołek lekarza z regulowaną wysokością i regulowana wysokością oparcia, jezdny, obrotowy na metalowej podstawie – 2 szt (kolor tapicerki do uzgodnienia) | TAK (podać) |  |
| 20 | Blok spluwaczki wyposażony w sito odsuwany od pacjenta 180 stopni, miska ceramiczna spluwaczki podsuwana nad nogi pacjenta | TAK(podać) |  |
| 21 | System ssący z pompą durr dental vs 300 s z regulacją siły ssania z obudową wyciszająca do pompy i drzwi rewizyjne otwierane z frontu z zamontowanym wentylatorem chłodzącym. | Tak(podać) |  |
| 22 | Lampa oświetleniowa pacjenta LED**,** natężenie światła w przedziale 3000 - 35000 Lux, z regulacją światła, obracana w trzech płaszczyznach z wymiennymi uchwytami  | Tak(podać) |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
|  | Okres gwarancji od dnia montażu, protokolarnego uruchomienia i przeszkolenia personelu w siedzibie Zamawiającego  |  Min 36 miesięcy(podać) |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski  | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu na telefoniczne zgłoszenie awarii  | Maksymalny czas reakcji 48 godziny w dni robocze(podać) |  |
|  | Czas wykonania naprawy od dnia przybycia serwisanta do siedziby Zamawiającego  | maksymalnie 48 godziny w dni robocze (podać) |  |
|  | Najbliższy punkt serwisowy – lokalizacja do 30 km od Poznania | Podać nazwę, adres i numer telefonu |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez Wykonawcę od dnia montażu i uruchomienia unitu stomatologicznego wraz kompresorem w okresie gwarancji | 10 lat (podać) |  |
|  | Przeglądy w okresie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy, które winny być odnotowane w paszporcie technicznym  | Minimum 6 przeglądów(podać) |  |
|  | Czasookresy przeglądów wykonywanych na koszt Wykonawcy w okresie gwarancji siedzibie Zamawiającego. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania we własnym zakresie terminów dokonywania przeglądów. | ***I przegląd***w 12 miesiącu od dnia montażu, ***II przegląd i kolejne***w 12 miesiącu od dnia poprzedniego przeglądu**ostatni przegląd**5 dni przed dniem zakończenia terminu gwarancji(podać) |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu, który ma wpływ na prawidłową pracę unitu stomatologicznego i kompresora - kwalifikacja unitu stomatologicznego lub kompresora do wymiany na nowy na koszt Wykonawcy w terminie 5 dni roboczych od dnia wystąpienia takiej okoliczności. | TAK |  |
|  | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością unitu stomatologicznego wraz z kompresorem przedłuża o ten okres czas gwarancji unitu stomatologicznego wraz z kompresorem | TAK |  |
|  | W przypadku niemożliwości dokonania naprawy w ciągu 48 godzin od dnia przybycia serwisu (licząc dni robocze) na wezwanie Zamawiającego do wykonania naprawy, Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia unitu stomatologicznego lub kompresora zastępczego na czas dokonania niezbędnej naprawy, chyba że uszkodzenie nie spowoduje zaprzestania wykonywania pracy | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu, naprawy i wymiany podzespołów w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy | TAK |  |
| **DODATKOWE WYMAGANIA** |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w siedzibie Zamawiającego z którego zostanie sporządzony protokół | TAK |  |
|  | Dostawa i wniesienie unitu stomatologicznego wraz kompresorem do pomieszczenia, w którym będzie pracowała koszt Wykonawcy - do siedziby Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Montaż i uruchomienie unitu stomatologicznego wraz z kompresorem na koszt Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego  | TAK |  |
|  | Przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu w dniu montażu i uruchomienia gotowy będzie do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego  | TAK |  |
|  | W czasie gwarancji przynajmniej raz do roku bezpłatny przegląd gwarancyjny  | TAK |  |
|  | Zgodność wyrobu z Dyrektywą 93/42/EEC | TAK |  |
|  | Demontaż i utylizacja starego fotela stomatologicznego będącego na wyposażeniu gabinetu. Wymagamy dostarczenia karty odpadu |  |  |
|  | Demontaż i montaż w innym miejscu drugiego fotela stomatologicznego będącego na wyposażeniu Zamawiającego, naprawa – wymiana poszycia fotela, naprawa sterowania ręcznego oraz mocowania spluwaczki.  |  |  |

**Wartości podane w rubryce „Parametr wymagany” stanowią nieprzekraczalne minimum, niespełnienie jednego z nich lub pozostawienie niewypełnionej rubryki spowoduje odrzucenie oferty.**

Podpis wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu | Wartośćnetto | Stawka VAT | Wartośćbrutto | Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi |
| **1.** | Unit stomatologiczny | 1 szt. |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 2 do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
| 1 | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | * 1. min 36 miesięcy

w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów. |
| 2 | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy  |  w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
| 3 | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
| 4 | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
| 5 | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy  | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji, w zależności który termin upłynie później. |
| 6 | Sposób zgłaszania awarii  | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
| 8 | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych  | U Zamawiającego  |
| 11 | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji  | Po max. 5 dniach roboczych |
| 12 | W okresie gwarancji w przypadku konieczności dokonywania naprawy w autoryzowanym serwisie Wykonawcy | Koszt transportu do i z siedziby serwisu oraz ubezpieczenie pokrywa Wykonawca |
| 13 | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
| 14 | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
| 15 | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**Załącznik nr 1 5e do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

Stół diagnostyczno - zabiegowy

Przedmiot zamówienia –………………………………………………………………………………….

Nazwa własna …………………………………………………........................………………….........

Oferowany model …………………………………………………........................…………………...

Producent …………………………………………………………………........................……………

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………...................……...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Parametr | Wartość graniczna | Parametry oferowane - opis |
|  | Stół fabrycznie nowy | Tak |  |
|  | **Rok produkcji - 2023** | Tak |  |
|  | Stalowa konstrukcja pokryta farbą proszkową | Tak |  |
|  | Trzy częściowe leże łamane do pozycji Pivota oraz fotela | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości stołu za pomocą siłownika elektrycznego. | Tak |  |
|  | Sterowanie przy pomocy pilota ręcznego. | Tak |  |
|  | Łożyskowy mechanizm regulacji wysokości | Tak |  |
|  | System kółek jezdnych | Tak |  |
|  | Szerokość 80cm | Tak |  |
|  | Wysokość 48-100 cm | Tak |  |
|  | Regulacja kąta podgłówka -70° do 40° | Tak |  |
|  | Regulacja kąta oparcia 0° do 85° | Tak |  |
|  | Regulacja kąta łamania blatu 0° do 30° | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie 200 kg | Tak |  |
|  | Regulacja kąta blatu manualna za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Regulacja oparcia manualna za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Gwarancja min 24 miesiące |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Certyfikat CE | Tak |  |
|  | Przegląd wykonywany w placówce zamawiającego | Tak |  |
|  | Kolor materiału do wyboru | Tak |  |
|  | Wieszak na papier zamontowany w od głowy z możliwością poprowadzenia papieru w rolce od pleców (szerokość papieru od 50 do 60 cm.  | Tak |  |
|  | Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu | Tak |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem). Karta gwarancyjna, | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu | Wartośćnetto | Stawka VAT | Wartośćbrutto | Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi |
| **1.** |  Stół diagnostyczno - zabiegowy | 1 szt |  |  |  |  |  |

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego). | min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów. |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy  |  w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu |
|  | Wymiana elementu/ podzespołu na nowy | W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy  | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych. | U Zamawiającego  |
|  | Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu | Po max. 5 dniach roboczych |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks) |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  |
| Województwo, powiat |  | KRS (jeżeli dotyczy) |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Telefon |  | www |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:skrzynka ePUAP(jeżeli posiada): e-mail: |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem czy średnim przedsiębiorstwem?  | [] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem [] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem [] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem [] Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą [] Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej [] Inny rodzaj (właściwą odpowiedź zaznaczyć)  |

Oferujemy realizację zamówienia za cenę:

Dostawa: …………………………………………………………………………….

**Pakiet 1 1a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  |  % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 60 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Pakiet 1 2b**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  |  % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 60 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Pakiet 1 3c**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  |  % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 60 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Pakiet 1 4d**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  |  % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 60 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Pakiet 1 5e**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  |  % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 60 dni od podpisania umowy |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Oświadczamy, że:**

|  |
| --- |
| Zapoznaliśmy się ze specyfikacją wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty |
| Przyjmujemy warunki i terminy płatności |
| Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji |
| Zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru |
| Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. \*1) 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). \* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). |

**ZAŁĄCZNIK NR 2A DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

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

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.……………………………….…………. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.

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. 1lub 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

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

**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.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835), oraz brzmieniu art. 5 k Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 08.04.2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L/111/1), oświadczam, że:

1. nie jestem Wykonawcę wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
2. nie jestem Wykonawcę, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
3. nie jestem Wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

**ZAŁĄCZNIK NR 2B DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. …………………………………………………………….. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań *,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**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.

**ZAŁĄCZNIK DO SWZ**

**OŚWIADCZENIE GRUPA KAPITAŁOWA**

**O KTÓREJ MOWA W ART. 108 UST. 1 PKT 5 USTAWY PZP**

Dotyczy *(nazwa postępowania)* ………………………………………………………………………prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Żwirki i Wigury 9 62-230 Witkowo

**Wykonawca:**

………………………………………….

*pełna nazwa/firma, adres*

oświadczam, co następuje:

Oświadczam/y, że ww. Wykonawca[[1]](#footnote-1):

* **nie należy do grupy kapitałowej**, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.
* **należy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu[[2]](#footnote-2):

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

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

1. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wraz z niniejszym oświadczeniem należy przedstawić dowody (dokumenty lub inne informacje) potwierdzające, że przygotowanie oferty nastąpiło niezależnie od Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej. [↑](#footnote-ref-2)