Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet 1**

**Świadczenie usług serwisowych – Endoskopia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | Świadczenie usług serwisowych – Endoskopia |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |

1.W ramach zamówienia wykonywane prace polegać będą na serwisie aparatury oraz urządzeń diagnostycznych zgodnie z zaleceniem producenta oraz utrzymywaniu w pełnej sprawności techniczno - eksploatacyjnej aparatury i urządzeń diagnostycznych i obejmować będą:

* przeglądy okresowe i prewencyjne określone przez producenta,
* dojazdy, diagnozy, kalibracje i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części :

a)czas naprawy dla **pakietu nr 1** do **7** dni roboczych

* naprawy będą realizowane w zależności od potrzeb Zamawiającego
* zalecane przez producenta modyfikacje oprogramowania i konstrukcji, poprawiające wydajność pracy i bezpieczeństwo.
* urządzenia zastępcze na czas napraw,
* wizyty w nagłych przypadkach,
* pomoc techniczna i zdalny serwis,
* aktualizacje,
* audyty

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

2. Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, udokumentowane certyfikatem.

3. Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

5. Wykonawca wspólnie z Przedstawicielem Zamawiającego jest obowiązany prowadzić w siedzibie Zamawiającego dokumentację, określającą terminy następnych przeglądów, konserwacji i działań serwisowych, wynikające z instrukcji użytkowania i zaleceń producenta (planowe wymiany części, zestawy przeglądowe).

6. Wykonanie przeglądu technicznego musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac.

7. Wykonanie naprawy musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac i wyszczególnieniem części wymiennych.

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 24 miesięcy.**

**Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 24 równych ratach.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Rok Produkcji** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Bronchofiberoskop | BF1T180 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 2. | Bronchofiberoskop |  BF-1T60 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 3. | Bronchofiberoskop | BF1T180 - zestaw | 2006 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 4. | Bronchofiberoskop | BF-1TH190 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 5. | Bronchofiberoskop | BF-1TH190 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 6. | Bronchofiberoskop | BF-TE2 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 7. | Diatermia do endoskopii | ESG-100 | 2014 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 8. | Duodenoskop video | TJF-Q 180V | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 9. | Duodenoskop video | TJF-Q180V | 2011 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 10. | Gastroskop video | GIF-2TH180 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 11. | Gastroskop video | GIF-H190 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 12. | Gastroskop video | GIF-HQ 190 HDTV | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 13. | Gastroskop video | GIF-Q 165 | 2006 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 14. | Gastroskop video | GIF-Q 165 | 2006 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 15. | Gastroskop video | GIF-Q 165 | 2009 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 16. | Kolonoskop video | CF-H 185I | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 17. | Kolonoskop video | CF-H 185I | 2016 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 18. | Kolonoskop video | CF-H 185I | 2016 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 19. | Kolonoskop video | CF-Q 165 I | 2011 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 20. | Kolonoskop video | CF-Q 165L | 2010 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 21. | Kolonoskop video | CF-Q165 I | 2013 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 22. | Kolonoskop video | PCF-H190I | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 23. | Monitor | ENDO VUE 19'' | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 24. | Monitor | OEV 262 H | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 25. | Monitor | OEV 262 H | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 26. | Monitor | OEV 262H | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 27. | Monitor | OEV-261H | 2013 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 28. | Monitor | OEV-261H | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 29. | Monitor ADVAN LCD HDTV 21 | ADVAN LCD HDTV 21 | 2011 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 30. | Pompa płucząca | OFP-2 | 2011 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 31. | Pompa płucząca | OFP-2 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 32. | Pompa płucząca | OFP-2 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 33. | Pompa płucząca | OFP-2 | 2019 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 34. | Pompa powietrza | MU-1 | 2016 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 35. | Pompa ssąca | KV-5 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 36. | Procesor  | CV-165 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 37. | Procesor  | CV-190 | 2013 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 38. | Procesor  | CV-190 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 39. | Procesor  | CV-190 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 40. | Procesor  | CV-190 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 41. | Procesor  | CV-190 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 42. | Tester szczelności | MU-1 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 43. | Tester szczelności | MU-1 | 2019 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 44. | Urządzenie do regulacji Co2 | UCR | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 45. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 46. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2013 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 47. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 48. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 49. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 50. | Wózek endoskopowy | WM-NP2 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 51. | Źródło światła | CLE-165 | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 52. | Źródło światła | CLK 4 | 1997 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 53. | Źródło światła | CLV190 | 2013 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 54. | Źródło światła | CLV190 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 55. | Źródło światła | CLV-190 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 56. | Źródło światła | CLV-190 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 57. | Źródło światła | CLV-190 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 58. | Źródło światła halogenowe | CLK-4 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 59. | Źródło światła halogenowe | CLK-4 | 2009 | Oddział Pulmonologiczny  |

**Pakiet 2**

**Świadczenie usług serwisowych – Dezynfekcja**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | Świadczenie usług serwisowych – Dezynfekcja |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |

1.W ramach zamówienia wykonywane prace polegać będą na serwisie aparatury oraz urządzeń diagnostycznych zgodnie z zaleceniem producenta oraz utrzymywaniu w pełnej sprawności techniczno - eksploatacyjnej aparatury i urządzeń diagnostycznych i obejmować będą:

* przeglądy okresowe i prewencyjne określone przez producenta,
* dojazdy, diagnozy, kalibracje i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części :

a)czas naprawy dla pakietu nr 2 bez użycia części zamiennych – do 3 dni roboczych,

b)czas naprawy dla pakietu nr 2 z użyciem części zamiennych – do 5 dni roboczych,

 - naprawy będą realizowane w zależności od potrzeb zamawiającego

* zalecane przez producenta modyfikacje oprogramowania i konstrukcji, poprawiające wydajność pracy i bezpieczeństwo.
* urządzenia zastępcze na czas napraw,
* wizyty w nagłych przypadkach,
* pomoc techniczna i zdalny serwis,
* aktualizacje,
* audyty

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

2. Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, udokumentowane certyfikatem.

3. Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

5. Wykonawca wspólnie z Przedstawicielem Zamawiającego jest obowiązany prowadzić w siedzibie Zamawiającego dokumentację, określającą terminy następnych przeglądów, konserwacji i działań serwisowych, wynikające z instrukcji użytkowania i zaleceń producenta (planowe wymiany części, zestawy przeglądowe).

6. Wykonanie przeglądu technicznego musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac.

7. Wykonanie naprawy musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac i wyszczególnieniem części wymiennych.

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 24 miesięcy.**

**Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 24 równych ratach.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Rok Produkcji** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Endoscan | 2-PL z czytnikiem | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 2. | Endoscan | 2-PL z czytnikiem | 2009 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 3. | Endoscan 2-PL z czytnikiem | 951 |   | Centrum Radioterapii |
| 4. | Endoscan | 2-PL z czytnikiem | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 5. | Endoscan | 2-PL z czytnikiem | 2019 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 6. | Myjnia automatyczna | ETD 3 basic GA | 2009 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 7. | Myjnia ultradźwiękowa | ENDOSONIC | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 8. | Myjnia-dezynfektor | ETD-4 BASIC GA | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 9. | Myjnia-dezynfektor | ETD-4 BASIC GA | 2019 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 10. | Myjnia-dezynfektor | ETD-4 BASIC GA | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 11. | Myjnia-dezynfektor | MINI ETD2 GA  | 2012 | Centrum Radioterapii |
| 12. | Myjnia-dezynfektor | MINI ETD2 GA  | 2009 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 13. | Uzdatniacz wody | WAE32 | 2013 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 14. | Uzdatniacz wody | WAE32 | 2015 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |

**Pakiet 3**

**Świadczenie usług serwisowych – Ultrasonografia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | Świadczenie usług serwisowych – Ultrasonografia |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  |

1.W ramach zamówienia wykonywane prace polegać będą na serwisie aparatury oraz urządzeń diagnostycznych zgodnie z zaleceniem producenta oraz utrzymywaniu w pełnej sprawności techniczno - eksploatacyjnej aparatury i urządzeń diagnostycznych i obejmować będą:

* przeglądy okresowe i prewencyjne określone przez producenta,
* dojazdy, diagnozy, kalibracje i naprawy wraz z wymianą uszkodzonych części :

a)czas naprawy dla pakietu nr 3 – do 21 dni roboczych,

 - naprawy będą realizowane w zależności od potrzeb zamawiającego

* zalecane przez producenta modyfikacje oprogramowania i konstrukcji, poprawiające wydajność pracy i bezpieczeństwo.
* urządzenia zastępcze na czas napraw,
* wizyty w nagłych przypadkach,
* pomoc techniczna i zdalny serwis,
* aktualizacje,
* audyty

Wykonawca oświadcza, iż dysponuje w w/w zakresie opisu zamówienia odpowiednią wykwalifikowaną kadrą pracowniczą.

2. Wykonawca świadczyć będzie usługi serwisowe aparatury i sprzętu medycznego oraz zatrudniać będzie pracowników posiadających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe określone przez wytwórców (importerów, dystrybutorów) zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, udokumentowane certyfikatem.

3. Świadczenie usług musi być realizowane zgodnie z wymogami producenta określonymi w instrukcji używania, obowiązującymi normami, instrukcjami oraz odpowiednimi przepisami z zachowaniem przepisów BHP i P-poż., w szczególności zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

5. Wykonawca wspólnie z Przedstawicielem Zamawiającego jest obowiązany prowadzić w siedzibie Zamawiającego dokumentację, określającą terminy następnych przeglądów, konserwacji i działań serwisowych, wynikające z instrukcji użytkowania i zaleceń producenta (planowe wymiany części, zestawy przeglądowe).

6. Wykonanie przeglądu technicznego musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac.

7. Wykonanie naprawy musi być potwierdzone odpowiednim wpisem do paszportu technicznego wraz z czytelnym podpisem Wykonawcy oraz wystawieniem protokołu serwisowego (karty pracy) z pełnym opisem prac i wyszczególnieniem części wymiennych.

**Świadczenie usług serwisowych – umowa na okres 24 miesięcy.**

**Miesięczne wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu umowy płatne będzie w 24 równych ratach.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Rok Produkcji** | **Jednostka Organizacyjna** |
| 1. | Bronchofiberoskop | BF-UC190F EBUS | 2023 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 2. | Bronchofiberoskop | BF-UC190F EBUS | 2021 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 3. | Bronchofiberoskop Ultrasonograficzny BF-UC180F | Bronchofiberoskop Ultrasonograficzny BF-UC180F | 2011 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 4. | Bronchofiberoskop Ultrasonograficzny BF-UC180F | Bronchofiberoskop Ultrasonograficzny BF-UC180F | 2018 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 5. | Gastroskop video | GF-UCT 180 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 6. | Gastroskop video | GF-UCT 180 | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 7. | Kabel Ultrasonograficzny | MAJ 1507 | 2011 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 8. | Procesor obrazu USG | EU-ME3 | 2023 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 9. | Procesor Ultrasonograficzny | EV-ME1 | 2011 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 10. | Sonda radialna USG | UM-S20-20R-3 | 2023 | Oddział Pulmonologiczny  |
| 11. | Sprzęt do archiwizacji badań | brak | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |
| 12. | System do archiwizacji badań | ENDOBASE | 2017 | Zakład Endoskopii Zabiegowej  |

*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:

**,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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. **OSWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2024r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2024 r. (Dz. U. 2023 poz. 1893).

6. Oferujemy świadczenie usługi o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie (**za cały okres trwania umowy - 24 miesiące**):

**Pakiet nr 1 – Świadczenie usług serwisowych – Endoskopia**, w kwocie :

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**w tym miesięczne wynagrodzenie w kwocie:**

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

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**Czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia .........godzin\***

 **Autoryzacja producenta :** **TAK**; **NIE** (zaznaczyć właściwe)

**Pakiet nr 2 – Świadczenie usług serwisowych – Dezynfekcja**, w kwocie :

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**w tym miesięczne wynagrodzenie w kwocie:**

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

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**Czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia ......godzin\***

 **Autoryzacja producenta :** **TAK**; **NIE** (zaznaczyć właściwe)

**Pakiet nr 3 – Świadczenie usług serwisowych – Ultrasonografia**, w kwocie :

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**w tym miesięczne wynagrodzenie w kwocie:**

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

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

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

**Czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia ......godzin\***

 **Autoryzacja producenta :** **TAK**; **NIE** (zaznaczyć właściwe)

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.***

 *\* (maksymalny czas reakcji serwisu technicznego od momentu zgłoszenia – 72 godziny)*

*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. **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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. **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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**,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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. **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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 **: ,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/TP/24**

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz usług**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/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 usług, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość usług**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej usługi 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)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/TP/24.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** |
|  |  |  |  |

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

 (data, podpis)

1. *Załącznik nr 10 do SWZ*

**…….……………………..**

 Wykonawca

 **Oświadczenie Wykonawcy**

**Dotyczy : ,,Świadczenie usług serwisowych urządzeń diagnostycznych producenta Olympus będących na stanie Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na okres 24 miesięcy” - Zp/54/TP/24**

**Oświadczam, że;**

* spełniam wymogi ustawy z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974),
* jestem podmiotem uprawnionym do wykonywania obsługi serwisowej aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z załącznikiem nr 1 do SWZ.

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

*(data i podpis)*