Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

**Ekspandery, sizery, implanty piersi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Parametry  | Jednostka miary | Ilość na 12 m-cy | Cenajednostkowanetto | Stawka VAT | Wartość netto | Wartość brutto | Producent oraznr katalogowy |
| 1. | Endoprotezy o kształcie profilowanym | * wypełnienie: zagęszczony żel silikonowy, III stopień spoistości
* 9 różnych kształtów
* objętość od **180-775** ml
* bariera antydyfuzyjna - zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu
* powłoka teksturowana,
* tekstura uzyskiwana bez użycia kryształków soli lub cukru i ich pochodnych
* wielkość porów tekstury (szerokość) 70-150 µm
* głębokość porów tekstury 40-100 µm (wysokość)
* regularna dystrybucja porów tekstury
* ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata
* gwarancja bezterminowa
* produkt sterylny
 | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 2 | Ekspandery anatomiczne, teksturowane | * komora rozprężana roztworem fizjologicznym soli
* magnetyczna zastawka na przedniej ścianie ekspandera
* samouszczelniająca się, wzmocniona strefa wokół zastawki
* magnetyczny detektor
* powłoka teksturowana
* tekstura uzyskana bez użycia kryształków soli lub cukru lub ich pochodnych
* wielkość porów tekstury (szerokość) 70-150 µm
* głębokość porów tekstury 40-100 µm (wysokość)
* regularna dystrybucja porów tekstury
* zakres objętości**: 250-850** ml
* pętelki do szwów umożliwiające stabilizację ekspandera w poziomie
* 3 rodzaje kształtów: niski, średni, wysoki
* - gwarancja 6 miesięcy od wszczepienia
 | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Endoproteza okrągła, teksturowana | * wypełnienie: spoisty, zagęszczony żel silikonowy, I stopień spoistości
* co najmniej w 3 profilach (średni plus, wysoki i ultra wysoki)
* objętość od 100-800 ml
* bariera antydyfuzyjna - zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu
* powłoka teksturowana, produkt sterylny
* tekstura wykonana bez użycia kryształków soli lub cukru
* regularna dystrybucja porów tekstury
* ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata
* gwarancja bezterminowa
* produkt sterylny
 | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4 | Sizery silikonowe oprofilu anatomicznym | * sizery silikonowe
* kształt anatomiczny
* do 10-cio krotnej sterylizacji
* dostępne w rozmiarach od **180– 775** ml
* kompatybilne z implantami anatomicznymi
 | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

**Pakiet nr 2**

**Protezy, ekspandery, sizery.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AsortymentSzczegółowy | Jednostka | Ilość na12m-cy | Cenajednostkowanetto | Stawka Vat | Wartość netto | Wartość brutto | Producent oraznr katalogowy |
| 1 | **okrągłe sizery śródoperacyjne** • sizer o kształcie okrągłym • produkt sterylny • powłoka gładka • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • wypełniony w 100% żelem silikonowym • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • minimum 3 warstwy elastomeru • pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm, (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • jednokrotnego użycia • sizer barwiony w celu łatwego odróżnienia od właściwego implant | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 |  **Endoprotezy piersi o kształcie okrągłym I**• endoproteza o kształcie okrągłym • produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • minimum 3 warstwy elastomeru • pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm, (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE lub równoważny • gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Bakera • możliwość wykupu dodatkowej gwarancji – nie dotyczy zabiegu rekonstrukcji | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Endoprotezy piersi o kształcie okrągłym II**• produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • minimum 3 warstwy elastomeru • protezy przyjmujące kształt „łzy” pod wpływem grawitacji • Paszport elektroniczny (RFID) ułatwiający identyfikację implantu • pełny zakres rozmiarów: średnica od 10 cm do 13,5 cm (min. zakres pojemności 160 cm3- max zakres pojemności 700 cm3) • 4 projekcje • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE lub równoważny • gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Bakera • możliwość wykupu dodatkowej gwarancji – nie dotyczy zabiegu rekonstrukcji | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 |  **Endoprotezy piersi o kształcie anatomicznym**• produkt sterylny • ważność sterylności produktu minimum 4 lata • powłoka gładka • wypełniony w 100% żelem silikonowym • zintegrowany system mocowania implantów do tkanki • radiologiczne wskaźniki położenia implantu • bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu na całej powierzchni • wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • minimum 3 warstwy elastomeru • pełny zakres rozmiarów: średnica od 11 cm do 13,5 cm, minimalny zakres pojemności 250 cm3, max zakres pojemności 600 cm3) • 2 projekcje, 3 wysokości • bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady protezy • certyfikat CE lub równoważny• gwarancja 10 lat na pęknięcie oraz torebkę obkurczającą III i IV wg. skali Baker | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 5 |  **Ekspander Anatomiczny jednokomorowy**• Ekspander o kształcie anatomicznym jednokomorowy• Ekspander tkankowy, z którym można poddawać się badaniom MR oraz CT, ponieważ nie zawiera żadnych elementów magnetycznych mogących negatywnie wpłynąć na interpretację tych badań • Komora rozprężana roztworem soli fizjologicznej • Produkt sterylny – 2 lata od daty produkcji • Powłoka gładka zgodnie z klasyfikacją ISO-14607:2018 lub równoważną • Pojemności w zakresie 260 ml do 995ml • 3 Wysokości • Produkt posiada certyfikat CE lub równoważny • Zintegrowany system mocowania ekspandera do tkanki • Radiologiczne wskaźniki położenia implantu • Wizualny wskaźnik obecności warstwy barierowej • Mikrotransponder RFID ułatwiający identyfikację ekspandera • Brak elementów magnetycznych • Wbudowany port do napełniania • Lokalizacja portu za pomocą zewnętrznego czytnika RFI• Wzmocniona podstawa • Gwarancja 6 miesięc | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| RAZEM  |  |  |  |

**Pakiet nr 3**

**Implanty piersi.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | AsortymentSzczegółowy | Jednostka | Ilość na12 m-cy  | Cenajednostkowanetto | Stawka VAT | Wartość netto | Wartość brutto | Producent/ /nr katalog. |
| 1 | ***Implanty piersi okrągłe o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową*** - powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową, podstawie okrągłej*** ***-*** powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - kształt podstawy okrągły - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje  | Szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| 6 | ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową i podstawie owalnej***- powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - kształt podstawy owalny - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje  | Szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

*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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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:

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

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

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

……………………………………………………… złotych),

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

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

6. Gwarantujemy uzupełnienie zużytego sprzętu do **……. dni** roboczych od momentu jego wykorzystania\*

Zamawiający wymaga utworzenia składu konsygnacyjnego.

Skład konsygnacyjny powinien znajdować się na terenie Szpitala – Blok Operacyjny.

Wykonawca zobowiązuje się utworzyć skład konsygnacyjny przy czym Zamawiajacy będzie określał, które rzeczy stanowiące przedmiot zamówienia i w jakich ilościach, nie większych niż określone w załączniku nr 1, mają znajdować się w Składzie, poprzez przesłanie zamówień pocztą elektroniczną na adres e-mail Wykonawcy. Wykonawca każdorazowo w terminie określonym w złożonej przez niego ofercie dostarczy do składu wskazane w danym zmówieniu rzeczy stanowiące przedmiot zamówienia Wykonawca zobowiązuje się również uzupełniać skład konsygnacyjny w terminie określonym w ofercie na własny koszt stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.Wydanie produktów będzie potwierdzone dwustronnie podpisanym protokołem wydania określającym szczegółowo ilość i asortyment produktu. Protokół będzie sporządzany w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Produkty do chwili zużycia przez szpital stanowią własność Wykonawcy.

Po pobraniu towaru ze składu konsygnacyjnego na potrzeby własne szpital będzie sporządzał zbiorcze zestawienie zużytego Przedmiotu Zamówienia wskazując jego kod katalogowy, serię i ilość sztuk i przekazywał je Wykonawcy, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od zużycia, co będzie stanowiło podstawę do sporządzenia faktury za dostawę.

Wykonawca ma prawo do dokonania inwentaryzacji składu 1 raz w kwartale w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

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.

8. 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.

9. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

10. OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

***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 uzupełnienia zużytego sprzętu od momentu jego wykorzystania do 3 dni roboczych*

*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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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 ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/TP/24**

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn. ***,,*Dostawa ekspanderów, sizerów oraz protez piersi” - Zp/21/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 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 *( data, podpis)*