1. *Załącznik nr 1 do SWZ*

#### Pakiet nr 1

#### System do wykonywania zabiegów litotrypsji w naczyniach wieńcowych i obwodowych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment szczegółowy** | **Jednostka miary** | **Ilość****na** **2 m-ce** | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy** | **Uwagi** |
| 1 | Balon do litotrypsji wieńcowy | 1szt. | **50** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

1. BALON DO LITOTRYPSJI WIEŃCOWY

- Balon IVL w rozmiarach 2.5mm - 4.00mm

- Całkowita długość balonu 12mm

- Zestaw kompatybilny z prowadnikiem 0.014”

- Zestaw kompatybilny z introducerem 6Fr

- Długość robocza 138 cm

#### Pakiet nr 2

#### Cewnik – głowica do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment szczegółowy** | **Jednostka miary** | **Ilość****na** **2 m-ce**  | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy**  | **Uwagi** |
| 1 | Cewnik - głowica do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS). | szt. | **120** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

Wymagania poparte:

* Kompatybilność z urządzeniem firmy Volcano Therapeutics
* Cewniki do ultrasonografii tętnic wieńcowych (*Crossing profile* nie większy niż 3,5 F, częstotliwość pracy głowicy nie mniejsza niż 20 MHz, dostosowane do prowadnika 0,014'')

#### Pakiet nr 3

#### Cewniki balonowe NC do PCI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment szczegółowy**  | **Jednostka miary**  | **Ilość****na** **2 m-ce**  | **Cena netto**  | **Cena brutto**  | **Wartość netto**  | **Wartość brutto**  | **Producent inumer katalogowy**  |
| 1 | Cewniki balonowe NC do PCI | szt. | **200** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

cewnik balonowy wysokociśnieniowy najnowszej generacji

średnica szaftu:1.9 fr (0.63 mm) proksymalnie, 2.5 fr (0.84 mm) w części środkowej, 2.6 fr (0.86 mm) dystalnie

długość użytkowa 145 cm

podwójny marker balonu

krótkie i zaokrąglone ramiona balonu (zaledwie 3.0 mm długości) gwarantują bezpieczeństwo dzięki precyzji, precyzyjne działanie balonu tylko w obrębie zmiany chorobowej

ciśnienie nominalne 12 atm (1216 kpa), rbp 22 atm dla 2.0-4.0 mm i 20 atm dla 4.5-5.0 mm

profil wejścia 0.43 mm tj 0.017” krótki i elastyczny tip długości 2.9mm

powłoka hydrofilna w części dystalnej za wyjątkiem balonów długości 6 i 8 mm.

balon trójwarstwowy wykonany z elastomeru, poliamidu i elastomeru

wzmocniony port wyjściowy systemu Rx dla lepszej popychalności

dostępne długości 6,8,12,15,20, 25,30mm

dostępne średnice od 2,0-5,0mm

#### Pakiet nr 4

#### System aterektomi orbitalnej -wieńcowej i obwodowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment szczegółowy** | **Jednostka miary** | **Ilość****na** **2 m-ce**  | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent i numer katalogowy**  | **Uwagi** |
| 1 | System do aterektomi orbitalnej - System składający się z cewnika z ekscentrycznieumieszczoną diamentową koroną i platformysterującej; średnica korony 1,25 [mm], długośćcewnika 135 [cm] ± 8 [cm]. Sterowanie pracąsystemu za pomocą przycisków umieszczonych naplatformie sterującej. | szt. | **25** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment szczegółowy** | **Jednostka miary** | **Ilość****na** **2 m-ce**  | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy** | **Uwagi** |
| 2 | Prowadnik do aterektomi orbitalnej - Prowadnik nitinolowy, o średnicy proksymalnej0,012 [''] i dystalnej 0,014 [''], oplot platynowo wolframowy, długość prowadnika min. 325 [cm], tipload 1,0 [g], flex tip, współpracujący z systemem do aterektomii orbitalnej | szt. | **25** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment szczegółowy** | **Jednostka miary** | **Ilość****na** **2 m-ce**  | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent inumer katalogowy** | **Uwagi** |
| 3 | Lubrykant do aterektomi orbitalnej -  | szt. | **25** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM : (poz. 1-3)**  |  |  |  |

*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:

**„Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki ” - Zp/2/TP/23** 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, usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr …….. *(****należy kolejno wymienić wszystkie pakiety****, na które Wykonawca składa ofertę)*

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

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

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

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

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

1. **Gwarantujemy uzupełnienie zużytego sprzętu** **do ……. dni** roboczych od momentu jego wykorzystania\**(dotyczy pakietu nr 1-4).*
2. Do każdego pakietu (od nr 1 do nr 4), Zamawiający wymaga utworzenia składu konsygnacyjnego.

Skład konsygnacyjny powinien znajdować się na terenie Szpitala - Pracowni Hemodynamiki.

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 miesiącu w terminie uzgodnionym z Zamawiającym.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

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

*1)* ***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 5 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. **„Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki” - Zp/2/TP/23**, 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.**

 …………………………………………

 *(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:

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

………………………………………… *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(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. **„ Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki ” - Zp/2/TP/23**, 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.**

 …………………………………………

 *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(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. **„Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki ” - Zp/2/TP/23**, 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:

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*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(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„ Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki ” - Zp/2/TP/23** 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)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*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 : **„Dostawy sprzętu do zabiegów endowaskularnych dla Pracowni Hemodynamiki ” - Zp/2/TP/23.**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)