Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

**Robot rehabilitacyjno – diagnostyczny z elektromiografem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Robot rehabilitacyjno – diagnostyczny z elektromiografem  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)** | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1. | Robot rehabilitacyjno – diagnostyczny z elektromiografem | Takpodać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
| 2. | Urządzenie z monitorem | Tak |  |
| 3. | Wykorzystanie reaktywnej elektromiografii do treningu kory czuciowo-ruchowej.  | Tak |  |
| 4. | Biofeedback EMG zintegrowaną elektromiografię do trenowania dowolnych mięśni. | Tak |  |
| 5. | * Możliwość wykonywania ćw. biernych:
* Ciągłego ruch biernego
* Progresywnego ruchu biernego z rosnącym zakresem ruchu
 | Tak |  |
| 6. | Możliwość wykonania ćwiczeń z oporem:* Ćwiczenia **izokinetyczne**
* Ćwiczenia **propriocepcji**
* Ćwiczenia **izotoniczne**
* Ćwiczenia **izometryczne**
* Ćwiczenia **z oporem elastycznym**
 | Tak |  |
| 7. | Możliwość wykonania treningu aktywnego* Koncentrycznych, polegających na aktywowaniu mięśnia i rozluźnieniu napięcia
* Koncentrycznych, polegających na aktywowaniu mięśnia i utrzymaniu napięcia
 | Tak |  |
| 8. | Wymienne końcówki:1. Pronacja / supinacja przedramienia2. Zgięcie / wyprost ramienia – leżenie tyłem 3. Rotacja zewnętrzna / wewnętrzna ramienia 4. Zgięcie / wyprost kolana w siadzie 5. Zgięcie / wyprost kolana – leżenie przodem 6. Zgięcie / wyprost biodra 7. Pronacja / supinacja przedramienia 8. Praca bilateralna w łańcuchu zamkniętym 9. Praca unilateralna w łańcuchu zamkniętym 10. Praca tułowiem 11. Praca unilateralna w łańcuchu zamkniętym – płaszczyzna czołowa 12. Praca unilateralna w łańcuchu zamkniętym – płaszczyzna poprzeczna  | Tak |  |
| 9. | Oprogramowanie kompatybilne z urządzeniem i skonfigurowane do obsługi z aplikacją, serwisem i grami | Tak |  |
| 10. | Gry rehabilitacyjne: min 4 | Tak |  |
| 11. | Przewód EMG 2 kanałowy - 1,5m długości MDR26 | Tak |  |
| 12. | 5 opakowań elektrod - Elektrody EMG/EKG EGZOTech EE S5540 SWG, żel ciekły, 5 opk.po 50 szt. | Tak |  |
| 13. | Fotel do rehabilitacji  | Tak |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Pakiet nr 2**

**Multisensoryczny system terapeutyczny do kończyn**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Multisensoryczny system terapeutyczny do kończyn  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)** | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1. | Multisensoryczny system terapeutyczny do kończyn | Tak |  |
| 2. | Fotel do ćwiczeń oporowych kończyny dolnej z oprogramowaniem  | Tak |  |
| 3. | Fotel do ćwiczeń oporowych kończyny dolnej  | Tak |  |
| 4. | Zestaw 8 gum oporowych  | Tak |  |
| 5. | Możliwości: pomiar pomiar zakresu ruchomości pomiar pomiar generowanej siły * ćwiczenia dynamiczne i izometryczne
* ćwiczenia ze zintegrowanym biofeedbackiem w czasie rzeczywistym
* dostosowanie trudności ćwiczenia do aktualnych potrzeb pacjenta
* zwiększenie zakresu ruchu
* zwiększenie siły i wytrzymałości mięśniowej
* poprawa stabilizacji stawów poprzez reedukację proprioceptywną
* poprawa koordynacji mięśniowej
 | Tak |  |
| 6. | Zestaw osprzętu opór:Klucz licencyjny, Stojak TV, TV, Stojak PC,PC, Monitor terapeuty, Osprzęt | Tak |  |
| 7. | **Oprogramowanie:*** W pełni parametryzowane
* Możliwość zapisania treningu i odtworzenia go w przyszłości
* Zintegrowane z kartoteką pacjenta
* Możliwość generowania raportów na podstawie dokonanych pomiarów
* Mogące obsługiwać do 10 różnych urządzeń
 | Tak |  |
| 8. | **Osprzęt:*** Stabilny stojak wysoki na kółkach ze stali malowanej proszkowo pod monitor pacjenta
* Monitor dla pacjenta minimum 42 cale
* Możliwość regulacji pozycji monitora dla pacjenta
* Stabilny stojak niski na kółkach ze stali malowanej proszkowo pod monitor i komputer terapeuty
* Monitor dla terapeuty minimum 21 cali
* Obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką
* Komputer spełniający minimalne wymagania:

- System operacyjny Windows 10, 32 lub 64 bit,- Komputer PC z procesorem min. 2 GHz,- Pamięć min. 8 GB RAM,- Karta grafiki zgodna z DirectX 10- Wymagane złącza:    2 x USB (3.0)2 x USB (2.0)- Współpraca z kamerą podłączoną do USB- Moduł odbiornika radiowego do PC   | Tak |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Pakiet nr 3**

**Urządzenie diagnostyczno – terapeutyczne do rehabilitacji kończyny górnej i ręki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT/****NR KATALOGOWY** |
| 1. | Urządzenie diagnostyczno – terapeutyczne do rehabilitacji kończyny górnej i ręki | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)** | **Parametry****Wymagane**  | **Parametry****Oferowane** |
| 1. | Urządzenie diagnostyczno – terapeutyczne do rehabilitacji kończyny górnej i ręki. | Tak |  |
| 2. | Szyna do ćwiczeń biernych kończyny górnej z pilotem. | Tak |  |
| 3. | Przystawki do ćw. stawu barkowego |  |  |
| 4. | Uchwyt do ćwiczeń zgięcia i wyprostu w st. łokciowym | Tak |  |
| 5. | Uchwyt do ćwiczeń pronacji i supinacji w st. łokciowym | Tak |  |
| 6. | **Karta pamięci:** Mikrochipowa karta na której zapisywane są dane dotyczące parametrów sesji ćwiczeniowej indywidualnego pacjenta.  | Tak |  |
| 7 | Regulacja prędkości ruchu: min. 1,5°/sec – max. 5,5°/sec,  | Tak |  |
| 8. | Regulacja czasu trwania sesji: tak, 0-60 minut lub bez ograniczeń,  | Tak |  |
| 9. | Funkcja automatycznego zwiększania zakresu ruchu  | Tak |  |
| 10. | Przerwa o osiągnięciu skrajnych wartości zakresu ruchu  | Tak |  |
| 11. | Funkcja rozgrzewki  | Tak |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (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 : **Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, w ramach programu wieloletniego, pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna”- Zp/12/TP/22.**

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 cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

**dla pakietu nr 1**

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

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

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

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

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

**Udzielamy gwarancji na przedmiot zamówienia ............ miesięcy\***

**dla pakietu nr 2**

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

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

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

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

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

**Udzielamy gwarancji na przedmiot zamówienia ............ miesięcy\***

**dla pakietu nr 3**

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

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

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

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

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

**Udzielamy gwarancji na przedmiot zamówienia ............ miesięcy\***

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.***

*\* Minimalny okres gwarancji - 24 miesiące.*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**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. **Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, w ramach programu wieloletniego, pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna” - Zp/12/TP/22**, 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.**

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

 …………………………………………

*(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:

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

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

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

 ………………………………………… *(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.

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

 …………………………………………

 *(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. **Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, w ramach programu wieloletniego, pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna” - Zp/12/TP/22**, 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.**

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

 …………………………………………

*(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:

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

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

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

…………………………………………

*(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.

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

 …………………………………………

 *(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. **Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, w ramach programu wieloletniego, pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna” - Zp/12/TP/22**, 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: **Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, w ramach programu wieloletniego, pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna” - Zp/12/TP/22** 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*

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

 (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 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2020r., poz. 186 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)