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 | Tak  podać 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 przedramienia  2. 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)