**Rozdział III FORMULARZ OFERTY Załącznik nr 1 do SWZ**

pieczęć wykonawcy

 ............................ dn. ................

 miejscowość

**FORMULARZ OFERTOWY**

 **W TRYBIE PODSTAWOWYM REALIZOWANYM NA PODSTAWIE ART. 275 UST. 1 USTAWY PZP**

**1**. **ZAMAWIAJĄCY**:

|  |
| --- |
| **Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o.o. w restrukturyzacji****Ul. Inwalidów Wojennych 26****56-100 Wołów** |

**2.WYKONAWCA (Lider):**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)****(Pełna nazwa / firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reprezentowany przez:……………………………………………………………….......……..

*(Imię, nazwisko, Stanowisko, podstawa do reprezentacji)*

Nr telefonu Wykonawcy: ……………………………………………………............................

E-mail Wykonawcy: ………………………………………………………………………........

Nr konta Wykonawcy: ……………………………………………………………………….....

Wykaz i opis udzielonych pełnomocnictw do niniejszego postępowania / składanych dokumentów i oświadczeń / oferty:

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

Składanie zamówień:

* 1. adres e-mail: Nie dotyczy
	2. adres e-mail dotyczący składania reklamacji…………………………………………….

**3**. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW/**dla Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne – Pełnomocnik/ Lider:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu; Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

Ja (my) niżej podpisany(i) **oświadczamy, że:**

Akceptuję\*(emy\*) bez zastrzeżeń opis przedmiotu zamówienia, wymagania zawarte w SWZ oraz projekt umowy załączony do SWZ i zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i zasadach obowiązujących w tym postępowaniu. W przypadku uznania mojej\*(naszej\*) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję\*(emy\*) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

**4. Cena całkowita za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

Wartość netto: ………………………………PLN + …………. PLN (….%) VAT=

**Wartość BRUTTO: ……………………..…....PLN**

**Słownie brutto PLN: ……………………………………………………………………..……**

Przedmiot zamówienia, zasady wyceny zostały przez zamawiającego opisane w treści SWZ i nie zgłaszamy żadnych uwag i zastrzeżeń związanych z przygotowanym przez zamawiającego opisem. W przypadku wyboru naszej oferty deklarujemy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zamawiającego i przepisami prawa, treścią oferty, w terminie zakreślonym niniejszą SWZ.

**5. Okres gwarancji: wynosi ……………….. miesięcy (kryterium II)**

Oświadczamy, że w przypadku nie wypełnienia ww pozycji deklarujemy, że okres gwarancji wynosi 24 miesiące

**6. Żadna** z informacji zawarta w ofercie **nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa**w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*) / **wskazane poniżej informacje** zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania\*\*\*\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) lub oddzielna części oferty (proponowane rozwiązanie) |
| Od | Do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

*\*\*\*) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności (DZ. U z dnia 24 sierpnia 2018 r poz. 1637).*

*\*\*\*\*) Wykonawca załączy niniejsze oświadczenie, tylko wtedy, gdy zastrzeże w ofercie, iż któreś z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstw oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Pzp.*

**7. Deklaracja dotycząca podwykonawstwa:\*\***

☐ Oświadczam, że zamówienie będę realizował samodzielnie i nie zamierzam zrealizować przy udziale podwykonawców

☐ Oświadczamy, że zamówienie zamierzam zrealizować z udziałem podwykonawców (**wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcom**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podwykonawca** **(dane identyfikujące: adres, nazwa, NIP/PESEL)** | **Zakres części zamówienia / roboty budowlanej, dostawy czy usługi / w którym Wykonawca ma zamiar powierzenia części zamówienia realizacji podwykonawcy** |
| 1. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: …………………………………………… % |
| 2. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: ……………………………………………… % |

**8**. Wraz z ofertą składamy dokumenty wymienione w SWZ.

**9**. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że [**będziemy polegać / nie będziemy polegać**]\* na **zasobach innych podmiotów** określonych w art. 118-123 ustawy Pzp w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej, które są udostępnione przez:

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

*(należy wymienić nazwy i adresy podmiotów)*

**10**. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

 **[ ]**  *Mikroprzedsiębiorstwo*

 **[ ]**  *Małe przedsiębiorstwo*

 **[ ]**  *Średnie przedsiębiorstwa*

 (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*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 przedsiębiorstwa: 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.*

**11.** **Jesteśmy** zawiązani niniejsza ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SWZ.

**12**. Wyrażamy zgodę na samodzielne pobranie przez Zamawiającego za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych krajowych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352) dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. ………………………………………..…. - ……………………………………………..

*(Nazwa dokumentu i wskazanie punktu w SIWZ) (Adres internetowy)*

*UWAGA: W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie powyższe oświadczenie należy odpowiednio powtórzyć i złożyć w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej/członka konsorcjum.*

**13. Oświadczenia wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO** (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, tzw. RODO)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**14.** Jeżeli wykonawca złożył ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego **obowiązku podatkowego** zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W związku z wystąpieniem takiego przypadku w ofercie, wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego; **TAK/NIE**

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego; ………………………………………………...***(nazwa – rodzaj)***

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku; ………………………………………………… ***(wartość towaru lub usługi)*** ………………………....................................

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie; ……………………………. ***(wskazanie stawki podatku od towaru i usługi)***…………….

**15. Jeżeli Wykonawca bierze udział w postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami:**

**a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania)** *(należy wypełnić – o ile dotyczy)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |

**b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

**16.** Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie zgodnym ze wzorem umowy.

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić, jeżeli dotyczy Wykonawcy

Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa laparoskopu wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **11/PCM/2023/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

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. 1-6 lub 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:

…………………………………………………………………………………………………

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

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………............................... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący podwykonawca/-y: ………………………………………………………………….........................…..….……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa laparoskopu wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **11/PCM/2023/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie**[[1]](#footnote-2)**

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;
4. zdolności technicznej lub zawodowej.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy do żadnej grupy kapitałowej** w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.

 Niniejszym oświadczam, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(należy wskazać pełną nazwę / firmę i adres wykonawcy, który złożył odrębną ofertę)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

UWAGA:

1. W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej, powinien przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.
2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie, niniejsze oświadczenie składa każdy z wykonawców.

Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE, ŻE OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**BĘDZIE POSIADAŁ PRZEZ CAŁY OKRES TRWANIA UMOWY**

**DOPUSZCZENIE DO OBROTU**

**(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

* + 1. Niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas **wyroby medyczne** w rozumieniu Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 poz. 974) dopuszczone są do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.
	1. Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia, w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie, pod rygorem odstąpienia od umowy.
1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6 do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – MINIMALNE WYMAGANIA TECHNICZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ / model | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (min. 2022) | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i warunki** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego przedmiotu zamówienia (parametry-opis)****WYPEŁNIĆ** |
| * + - 1. Tor wizyjny 4K - Sterownik kamery do podłączenia głowicy 4K - 1 zestaw
 |
| 1. 1
 | Sterownik kamery kompatybilny z oferowaną głowicą kamery 4K | TAK |  |
| 1. 2
 | Menu i funkcje sterownika kamery wyświetlane na ekranie monitora operacyjnego w formie graficzno - tekstowych ikon | TAK |  |
| 1. 3
 | Sterownik kamery wyposażony w min. 2 wyjścia wideo Display Port (3840 x 2160p, 50/60 Hz) | TAK |  |
| 1. 4
 | Sterownik kamery wyposażony w min. 1 wyjście wideo 12G-SDI (3840 x 2160p, 50/60 Hz) | TAK |  |
| 1. 5
 | Sterownik kamery wyposażony w min. 1 wyjście wideo DVI-D (1920 x 1080p, 50/60 Hz) | TAK |  |
| 1. 6
 | Sterownik kamery wyposażony min. 3 gniazda USB umożliwiające podłączenie urządzeń peryferyjnych takich jak np.: dedykowana drukarka, pamięć PenDrive, klawiatura | TAK |  |
| 1. 7
 | Min. 2 gniazda USB umieszczone na panelu przednim sterownika kamery | TAK |  |
| 1. 8
 | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do bezpośredniego podłączenia oferowanego źródła światła w celu wyświetlania ustawionego poziomu natężenia światła na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 9
 | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do komunikacji z oferowanym insuflatorem CO2 w celu realizacji zmiany ustawień ciśnienia i przepływu CO2 bezpośrednio poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 1. 10
 | Sterownik kamery wyposażony w menu obsługowe wyświetlane w postaci ikon na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 11
 | Menu obsługowe wywoływane poprzez przycisk głowicy kamery oraz poprzez zewnętrzną klawiaturę w przypadku obsługi ze strefy "brudnej" pola operacyjnego | TAK |  |
| 1. 12
 | Możliwość przypisania po dwóch funkcji do każdego z programowanych przycisków głowicy kamery, uruchamianie poprzez krótkie i długie wciśnięcie przycisku | TAK |  |
| 1. 13
 | Funkcja regulacji jasności poprzez menu sterownika kamery, dostępne min. 4 poziomy regulacji jasności | TAK |  |
| 1. 14
 | Funkcje zapisu zdjęć i filmów w pamięci PenDrive, uruchamianie zapisu poprzez menu sterownika kamery  | TAK |  |
| 1. 15
 | Zapis filmów w formacie: MPEG4 | TAK |  |
| 1. 16
 | Zapis zdjęć w formacie: JPEG | TAK |  |
| 1. 17
 | Możliwość zaprogramowania funkcji uruchomienia zapisu zdjęcia i filmu wideo (start/stop) pod jednym przyciskiem głowicy kamery | TAK |  |
| 1. 18
 | Funkcja zoom-u cyfrowego ustawiana poprzez menu sterownika kamery, dostępnych min. 6 poziomów ustawień zoom-u | TAK |  |
| 1. 19
 | Funkcja obrotu obrazu o 180° ustawiana poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 1. 20
 | Zintegrowany tryb wizualizacji wykorzystujący cyfrowe odfiltrowanie koloru czerwonego z obrazu wyświetlanego na ekranie monitora operacyjnego w celu poprawy różnicowania struktur tkankowych i unaczynienia  | TAK |  |
| 1. 21
 | Wykorzystanie trybu wizualizacji niezależne od zastosowanego źródła światła | TAK |  |
| 1. 22
 | Tryb obrazowania z blokowaniem wyświetlania koloru czerwonego realizowany w technologii w pełni cyfrowej bez zastosowania filtru w źródle światła, umożliwiający wykorzystanie ze źródłami światła innych producentów |  |  |
| 1. 23
 | Funkcja jednoczesnego wyświetlania dwóch obrazów obok siebie na ekranie monitora operacyjnego tj. obrazu rzeczywistego i obrazu z włączonym trybem wizualizacji | TAK |  |
| 1. 24
 | Funkcja wyświetlania wirtualnego wskaźnika punktowego na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego punktu pola operacyjnego | TAK |  |
| 1. 25
 | Funkcja ręcznej regulacji intensywności światła źródła światła LED, poprzez menu sterownika kamery | TAK  |  |
| 1. 26
 | Funkcja wyświetlania poziomu intensywności światła oferowanego źródła światła LED na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 27
 | Tryb automatycznej regulacji intensywności światła źródła światła LED włączany poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 1. 28
 | Funkcja wyświetlania aktualnego ciśnienia i przepływu CO2 oferowanego insuflatora na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 29
 | Funkcja tworzenia i zapisu w pamięci wewnętrznej sterownika kamery profili użytkowników z indywidualnymi ustawieniami sterownika obejmującymi:- indywidualną konfigurację menu sterownika kamery,- indywidualne przypisanie funkcji dostępnych bezpośrednio pod przyciskami głowicy kamery.Zapis min. 20 indywidualnych profili użytkowników | TAK |  |
| 1. 30
 | Funkcja importu / eksportu profili użytkowników z / do pamięci PenDrive  | TAK |  |
| 1. 31
 | Funkcja wprowadzania danych pacjenta przy pomocy zewnętrznej klawiatury, m.in.: imienia, nazwiska, daty urodzenia oraz ID | TAK |  |
| 1. 32
 | Funkcja wyświetlania imienia, nazwiska, daty urodzenia oraz ID pacjenta na ekranie monitora operacyjnego podczas operacji z możliwością wyłączania i włączania wyświetlania w dowolnym momencie | TAK |  |
| 1. 33
 | Możliwość zapamiętania w pamięci wewnętrznej sterownika kamery danych min. 50 pacjentów | TAK |  |
| 1. 34
 | Konstrukcja sterownika kamery otwarta na rozbudowę o możliwość podłączenia dedykowanego sztywnego wideoendoskopu 4K 3D  | TAK |  |
| 1. 35
 | Konstrukcja sterownika kamery otwarta na rozbudowę o możliwość podłączenia dedykowanego giętkiego wideogastroskopu, wideokolonoskopu | TAK |  |
| * + - 1. **Głowica kamery 4K – 1 szt.**
 |
| 1. 1
 | Głowicy kamery kompatybilna z oferowanym sterownikiem kamery | TAK |  |
| 1. 2
 | Praca głowicy kamery w standardzie 4K 3840 × 2160 pikseli, 16:9, progressive scan 50/60 Hz | TAK |  |
| 1. 3
 | Głowica kamery wyposażona w min. 1 przetwornik obrazowy CMOS | TAK |  |
| 1. 4
 | Głowica kamery wyposażona w zintegrowany obiektyw | TAK |  |
| 1. 5
 | Głowica kamery wyposażona w min. 3 przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery w tym 2 programowalne umożliwiające zaprogramowanie po 2 funkcji pod jednym przyciskiem (uruchamianie poprzez krótkie i długie wciśnięcie) | TAK |  |
| 1. 6
 | Możliwość zaprogramowania funkcji uruchomienia zapisu zdjęcia i filmu wideo (start/stop) pod jednym przyciskiem głowicy kamery | TAK |  |
| 1. 7
 | Masa głowicy kamery nie większa niż 215g | TAK |  |
| 1. 8
 | Stopień ochrony CF, możliwość wykorzystania podczas operacji w obrębie klatki piersiowej | TAK |  |
| 1. 9
 | Możliwość sterylizacji w tlenku etylenu, STERRAD NX, 100NX, STERIS SYSTEM 1 | TAK |  |
| * + - 1. **Źródło światła LED - 1 zestaw**
 |
| 1. 1
 | Źródło światła LED kompatybilne z oferowanym sterownikiem kamery | TAK |  |
| 1. 2
 | Źródło światła wyposażone w ekran dotykowy | TAK |  |
| 1. 3
 | Źródło światła wykorzystujące technologię hybrydową łączącą światło LED ze światłem laserowym  | TAK |  |
| 1. 4
 | Temperatura barwowa nie większa niż 6100 K | TAK |  |
| 1. 5
 | Moc wyjściowa światła odpowiadająca źródłu światła ksenon 300W | TAK |  |
| 1. 6
 | Żywotność diody LED min. 28 000 godzin | TAK |  |
| 1. 7
 | Obsługa źródła światła poprzez zintegrowany, kolorowy monitor dotykowy | TAK |  |
| 1. 8
 | Wskaźnik paskowy i liczbowy wskazujący ustawiony poziom natężenia światła | TAK |  |
| 1. 9
 | Źródło światła wyposażone w zintegrowane gniazdo do bezpośredniego połączenia z oferowanym sterownikiem kamery w celu wyświetlania ustawionego poziomu natężenia światła na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 10
 | Możliwość zmiany ustawień poziomu natężenia światła bezpośrednio poprzez przyciski oferowanej głowicy kamery | TAK |  |
| * + - 1. **Monitor medyczny operacyjny – 1 zestaw**
 |
| 1. 1
 | Przekątna ekranu min. 32"  | TAK |  |
| 1. 2
 | Rozdzielczość ekranu: min. 3840 x 2160 pikseli | TAK |  |
| 1. 3
 | Wejście wideo min: 12G-SDI x1, DisplayPort ×1, HDMI ×1 | TAK |  |
| 1. 4
 | Wyjście wideo min.: 12G -SDI x1, DisplayPort ×1 | TAK |  |
| 1. 5
 | Zawieszenie typu VESA | TAK |  |
| * + - 1. **Insuflator CO2 - 1 zestaw**
 |
| 1. 1
 | Obsługa insuflatora poprzez zintegrowany ekran dotykowy o przekątnej min. 7" | TAK |  |
| 1. 2
 | Zintegrowana funkcja podgrzewania gazu z wykorzystaniem dedykowanych jednorazowych drenów z elementem podgrzewającym | TAK |  |
| 1. 3
 | Insuflator wyposażony w wysokoprzepływowy tryb pracy z regulacją przepływu w zakresie od 1 do min. 50 l/min.  | TAK |  |
| 1. 4
 | Insuflator wyposażony w pediatryczny tryb pracy z regulacją przepływu w zakresie od min. 0,1 do 15 l/min  | TAK |  |
| 1. 5
 | Regulacja ciśnienia w zakresie 1-30 mmHg z ograniczeniem do 15 mmHg w trybie pediatrycznym | TAK |  |
| 1. 6
 | Wskaźnik numeryczny ilości podanego CO2 do pacjenta | TAK |  |
| 1. 7
 | Wyświetlanie ustawionego i aktualnego ciśnienia insuflacji CO2 w formie słupkowej i numerycznej w trakcie insuflacji | TAK |  |
| 1. 8
 | Wyświetlanie ustawionego i aktualnego przepływu CO2 w formie słupkowej i numerycznej w trakcie insuflacji | TAK |  |
| 1. 9
 | Graficzny wskaźnik ciśnienia/ilości CO2 w butli | TAK |  |
| 1. 10
 | Funkcja zapamiętywania indywidualnych ustawień startowych insuflatora tj. ciśnienia, przepływu CO2, trybu pracy dla różnych użytkowników, możliwość zapamiętania ustawień dla min. 20 użytkowników identyfikowanych indywidualną nazwą | TAK |  |
| 1. 11
 | Insuflator wyposażony w zintegrowane gniazdo do komunikacji z oferowanym sterownikiem kamery w celu realizacji zmiany ustawień ciśnienia i przepływu CO2 bezpośrednio poprzez menu obsługowe sterownika kamery i wyświetlania aktualnego ciśnienia i przepływu CO2 na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 1. 12
 | Możliwość przymocowania uchwytu na panelu tylnym insuflatora na rezerwową butlę z CO2 o objętości min. 1 litra | TAK  |  |
| 1. 13
 | Filtr CO2 - 25 szt. | TAK |  |
| 1. 14
 | Dren insuflacyjny, sterylizowalny - 2 szt. | TAK |  |
| 1. 15
 | Dren insuflacyjny z podgrzewaniem, z filtrem, dł. 3 m, jednorazowy, sterylny, op. 10 szt. – 1 opk. | TAK |  |
| 1. 16
 | Przewód do podłączenia insuflatora ze źródłem CO2 - 1 szt. | TAK |  |
| * + - 1. **Wózek aparaturowy – 1 zestaw**
 |
| 1. 1
 | Wózek wyposażony w 4 antystatyczne, podwójne koła, 2 z nich z hamulcami, centralnie umieszczony na tylnej ścianie panel elektryczny z możliwością podłączenia min. 6 urządzeń | TAK |  |
| 1. 2
 | Wysięgnik na płyny infuzyjne z regulacją wysokości oraz dwoma haczykami – 1 szt. | TAK |  |
| 1. 3
 | Ramię do monitora z uchwytem typu VESA 75/100, mocowane bocznie, maks. obciążenie 15 kg – 1 szt. | TAK |  |
| 1. 4
 | Szyna sprzętowa, długa – 1 szt. | TAK |  |
| 1. 6
 | Uchwyt butli CO2 – 1 szt. | TAK |  |
| * + - 1. **Optyka i akcesoria**
 |
| 1. 1
 | Optyka laparoskopowa typu Hopkins, śr. 10 mm, dł. 29 - 31 cm, kąt patrzenia 30°, autoklawowalna, umieszczone na obudowie optyki oznakowanie kodem Data-Matrix z zakodowanym nr katalogowym oraz nr seryjnym optyki; oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu - 2 szt. | TAK |  |
| 1. 2
 | Kosz druciany do mycia, sterylizacji i przechowywania optyki, wyposażony w silikonowe uchwyty stabilizujące optykę oraz dedykowane uchwyty na adaptery przyłącza światłowodowego, wym. zew. [szer. x gł. x wys.] - 430 x 65 x 52 mm - 2 szt. | TAK |  |
| 1. 3
 | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, dł. 250 - 300 cm, śr. 4,8 mm - 2 szt. | TAK |  |
| * + - 1. **Zestaw narzędzi laparoskopowych**
 |
| 1. 1
 | Kompletny trokar laparoskopowy, rozbieralny, w skład trokara wchodzi:- kaniula trokara: metalowa, gładka, koniec dystalny skośny, śr. 6 mm, dł. rob. 105 mm, wyposażona w przyłącze LUER-Lock z rozbieralnym kranikiem do podłączenia insuflacji, z oznaczeniem kolorystycznym rozmiaru;- zawór trokara: wyposażony w klapę otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej bocznej dźwigni;- gwóźdź: ostry, piramidalny, z oznaczeniem kolorystycznym zgodnym z rozmiarem kaniuli;- 2 szt. | TAK |  |
| 1. 2
 | Tuleja gwintowana do stabilizacji kaniuli trokara, kompatybilna z kaniulą trokara o średnicy 6 mm, oznaczona kolorem przypisanym do średnicy trokara, wyposażona w zdejmowaną uszczelkę i śrubę mocującą; - 2 szt. | TAK |  |
| 1. 3
 | Kompletny trokar laparoskopowy, rozbieralny, w skład trokara wchodzi:- kaniula trokara: metalowa, gładka, koniec dystalny skośny, śr. 11 mm, dł. rob. 105 mm, wyposażona w przyłącze LUER-Lock z rozbieralnym kranikiem do podłączenia insuflacji, z oznaczeniem kolorystycznym rozmiaru;- zawór trokara: wyposażony w klapę otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej bocznej dźwigni;- gwóźdź: ostry, piramidalny, z oznaczeniem kolorystycznym zgodnym z rozmiarem kaniuli;- 1 szt. | TAK |  |
| 1. 4
 | Kompletny trokar laparoskopowy, rozbieralny, w skład trokara wchodzi:- kaniula trokara: metalowa, gładka, koniec dystalny skośny, śr. 11 mm, dł. rob. 105 mm, wyposażona w przyłącze LUER-Lock z rozbieralnym kranikiem do podłączenia insuflacji, z oznaczeniem kolorystycznym rozmiaru;- zawór trokara: wyposażony w klapę otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej bocznej dźwigni;- gwóźdź: tępy, z oznaczeniem kolorystycznym zgodnym z rozmiarem kaniuli;- 1 szt. | TAK |  |
| 1. 5
 | Tuleja gwintowana do stabilizacji kaniuli trokara, kompatybilna z kaniulą trokara o średnicy 11 mm, oznaczona kolorem przypisanym do średnicy trokara, wyposażona w zdejmowaną uszczelkę i śrubę mocującą; - 2 szt. | TAK |  |
| 1. 6
 | Nasadka redukcyjna 11 / 5 mm, mocowana do zaworu trokara - 1 szt. | TAK |  |
| 1. 7
 | Rurka ssąco-płucząca, śr. 5 mm, dł. 36 cm, wyposażona w: - dwudrożny zawór z rozbieralną dźwignią sterującą ssaniem i płukaniem,- boczne otwory w końcu dystalnym rurki,- 1 szt. | TAK |  |
| 1. 8
 | Elektroda koagulacyjno - preparacyjna, haczykowa, kształt L, monopolarna, śr. 5 mm, dł. 36 cm - 1 szt. | TAK |  |
| 1. 9
 | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, bez zapinki, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze preparacyjno - chwytające typu Kelly, obie ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| 1. 10
 | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego, z zapinką z możliwością odblokowania na stałe, zapinka otwierana przyciskiem,- wkład roboczy: bransze chwytające, okienkowe, ząbkowane, obie ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| 11 | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego, z zapinką z możliwością odblokowania na stałe, zapinka otwierana przyciskiem,- wkład roboczy: bransze chwytające, okienkowe, ząbkowane, typu MOURET, jedna bransza ruchoma,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| 12 | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego, z zapinką z możliwością odblokowania na stałe, zapinka otwierana przyciskiem,- wkład roboczy: bransze chwytające typu "szczęki aligatora", obie ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| 13 | Kleszcze laparoskopowe, śr. 10 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: metalowy, z zapinką z możliwością otwarcia na stałe, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze typu "pazury" z ząbkami 2 x 3, jedna bransza ruchoma,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| 14 | Nożyczki laparoskopowe, monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: ostrza typu METZENBAUM, oba ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia,- 1 szt. | TAK |  |
| * + - 1. **Inne**
 |
| 1 | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 2 | Autoryzowany punkt serwisowy na terenie Polski | TAK, podać adres |  |
| 3 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | TAK |  |
| 4 | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego przed oddaniem urządzenia do użytkowania oraz dodatkowe szkolenie uzupełniające na żądanie Zamawiającego w trakcie trwania okresu gwarancji. Ilość osób oraz organizacja szkolenia wg wytycznych Zamawiającego (w ramach umowy)  | TAK |  |
| 5 | Okres dostępności części, zamiennych od daty upływu terminu gwarancji: min. 10 lat (nie dotyczy sprzętu informatycznego) | TAK |  |
| 6 | Wraz z przekazaniem sprzętu, Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem w wersji elektronicznej (PDF),w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w języku polskim w formie i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), karty gwarancyjne, paszport techniczny, wykaz punktów serwisowych oraz wykaz dostawców części zamiennych zgodnie z zapisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. (Dz. U. 2022 rok, poz. 974) – jeżeli dotyczy, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy), Deklarację Zgodności – wystawioną przez producenta, kopię zgłoszenia/powiadomienia dokonania zgłoszenia/powiadomienia o wyrobie do Prezesa Urzędu na podstawie ustawy o wyrobach medycznych (jeśli dotyczy) oraz harmonogram (częstotliwość) poszczególnych przeglądów oraz prac konserwacyjnych wraz ze szczegółowym wykazem czynności wykonywanych podczas przeglądów urządzenia, zgodnych z zaleceniami producenta, w tym wykaz części serwisowych zalecanych przez Producenta sprzętu do wymiany podczas przeglądu okresowego  | TAK |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***
1. Określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu [↑](#footnote-ref-2)