|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 1** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**OFERTA**

**na świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów – postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – znak: 1-TP-22**

Nawiązując do ogłoszenia o postepowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji oraz po zapoznaniu się z:

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

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

**/ nazwa Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie/**

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

**/ siedziba Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie/**

**nr telefonu**............................. **adres internetowy**................................... **e-mail:** ........................................

**REGON**: ................................. **NIP:** .............................................**województwo**: ...................................

**KRS (jeśli dotyczy): wpisany do** ............................................. **prowadzonego przez** .........................................

**pod nr KRS** ….……

**I.** oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

2/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ oraz wyjaśnień do SWZ, w szczególności ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 2.1 – 2.9 do SWZ),

3/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia za ceny zgodnie z załączonym Formularzem ofertowo-cenowym,

4/ oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni począwszy od upływu terminu składania ofert, tj. do dnia określonego w rozdz. XI ust. 2 pkt 2.1 SWZ

6/ oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada na zasadach określonych w Kodeksie Karnym),

7/ potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania,

8/ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami postępowania określonymi w SWZ i załącznikach (w tym z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego (stanowiącego integralną część SWZ),

9/ zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

10/ oświadczamy także, że wszystkie produkty oferowane w niniejszym postępowaniu posiadają wymagane certyfikaty i atesty, które dopuszczają użytkowanie przedmiotu zamówienia lub inne równoważne dokumenty, potwierdzające bezpieczeństwo w użytkowaniu oraz zgodność z wymaganiami polskich i europejskich norm, o ile są wymagane przez przepisy prawne,

11/ oświadczamy, że nasza firma spełniła obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio firma uzyskała w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.*

***UWAGA! W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do treści art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).***

**12/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę wskazaną poniżej\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nrpakietu | Cena brutto(zł) | Stawka VAT (%) |
| *1* | *2* | *3* |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |

 **Uwaga!**

- ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

- w przypadku mieszanej stawki podatku VAT należy podać ceny brutto dla danej stawki VAT oraz wpisać cenę łączną brutto oferty w tym pakiecie)

**13/ oświadczamy że udzielamy gwarancji na okres ….. miesięcy** po dokonaniu danego przeglądu z konserwacja lub naprawy po podpisaniu przez obie strony protokołu odbioru wraz z wpisem do paszportu**(UWAGA! Okres gwarancji nie jest kryterium oceny ofert.** Zamawiający wymaga, aby okres gwarancji wynosił minimum 12 miesięcy, z tym że wymagane jest zaproponowanie przez Wykonawcę wartości w pełnych miesiącach. W przypadku nie wypełnienia opcji dotyczącej okresu gwarancji w Formularzu Oferty Zamawiający przyjmie okres gwarancji 12 miesięcy).

14/ Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że:

**a) wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** \*:

**b) wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \***

15/ oświadczamy, że cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

**II. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY, na który Zamawiający będzie dokonywał ewentualnych płatności:** ............................................................................................................................................

**III. TERMIN PŁATNOŚCI ZA POSZCZEGÓLNE, ZREALIZOWANE ZGODNIE Z ZAPOTRZEBOWANIEM ZAMAWIAJĄCEGO – USŁUGI – oznaczony w dniach** (liczony od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury):

1/ w Pakietach nr 1, nr 2 i nr 3 – miesięcznie w terminie do 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury po zakończeniu każdego miesiąca;

2/ w Pakietach nr 4–nr 9 – w terminie do 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury po wykonaniu danego przeglądu z konserwacją lub naprawy po podpisaniu przez obie strony protokołu obioru prac wraz z wpisem do paszportu danego sprzętu medycznego.

**IV. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2020.1913) zawarte są w Załączniku ….. i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2020.1913) w oparciu o następujące uzasadnienie (Wykonawca zobowiązany jest do uzasadnienia okoliczności zastrzeżenie części oferty jako tajemnicy przedsiębiorstwa w sposób obiektywny i wyczerpujący w oparciu o przesłanki wskazane w art. 11 ust. 4 ustawy wskazanej powyżej):

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

**V. PODWYKONAWCY:**

Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

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

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

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

**VI**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

Podaję nazwy (firm), na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

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

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

**VII. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**VIII DANE OSOBY/OSÓB, KTÓRE BĘDĄ PODPISYWAĆ EWENTUALNĄ UMOWĘ ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : …………………………………………………………………...

c/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

d/ stanowisko : …………………………………………………………………...

**IX. DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA REALIZACJĘ UMOWY ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**X. OKREŚLENIE STATUSU PRZEDSIĘBIORSTWA WYKONAWCÓW (do celów statystycznych wymaganych przez UZP)**

Oświadczam, że **jesteśmy** mikro/ małym/ średnim/ dużym przedsiębiorstwem/ jednoosobową działalnością gospodarczą/ os. fiz. nieprowadzącą działalności gospodarczej/ inne…………. (wpisać status przedsiębiorstwa, jeśli Wykonawcy występują wspólnie proszę powielić)1 \*

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

\*) niepotrzebne skreślić

1 Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 06.05.2003 r. dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich ( 2003/361/WE);

mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

b) W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

**c) W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.1.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA APARAT RTG DIGITAL DIAGNOST C50**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ ORAZ NAPRAWY (pełen serwis)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy i przybliżone terminy wykonania | Miesięczna rata netto(PLN) | Stawka VAT(%) | Miesięczna rata brutto(PLN) | Ilość miesięcy | Wartość netto pełnego serwisu w okresie trwania umowy (PLN) | Wartość brutto pełnego serwisu w okresie trwania umowy(PLN) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12= 8 x 11* | *13= 12 + 9* |
| 1 | Aparat RTG | Digital Diagnost C50 | 2018 | Philips | Pracownia RTGCentrum Opieki Geriatrycznej | 4(03 i 09.2022, 03 i 09.2023) |  |  |  | 24 |  |  |
| SUMA |  | X |  | X |  |  |
| **Pełen serwis obejmuje:**- czas naprawy od zgłoszenia – maksymalnie w ciągu do 96h,- przegląd techniczny z konserwacją z częstotliwością określoną przez producenta,- nielimitowane wizyty serwisowe na miejscu- naprawy, diagnostyka, przejazdy, noclegi, itp.  |

TABELA NR 2 – MATERIAŁY

|  |  |
| --- | --- |
| Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | 30.000,00 zł |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 1 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto pełnego serwisu Tabela nr 1 (kol. 13) i kwoty podanej w Tabeli nr 2** |
| **brutto:** | **słownie: ……...................................................................................................................................................................................................................................** |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.2.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 2 PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA USG PHILIPS AFFINITY 50**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ ORAZ NAPRAWY (pełen serwis)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy i przybliżone terminy wykonania | Miesięczna rata netto(PLN) | Stawka VAT(%) | Miesięczna rata brutto(PLN) | Ilość miesięcy | Wartość netto pełnego serwisu w okresie trwania umowy (PLN) | Wartość brutto pełnego serwisu w okresie trwania umowy(PLN) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12= 8 x 11* | *13= 12 + 9* |
| 1 | Aparat USG | Affinity 50 | 2018 | Philips | Pracownia USGCentrum Opieki Geriatrycznej | 4(03 i 09.2022, 03 i 09.2023) |  |  |  | 24 |  |  |
| SUMA |  | X |  | X |  |  |

**Pełen serwis obejmuje:**

- czas naprawy od zgłoszenia – maksymalnie w ciągu do 96h,

- przegląd techniczny z konserwacją z częstotliwością określoną przez producenta,

- nielimitowane wizyty serwisowe na miejscu

- naprawy, diagnostyka, przejazdy, noclegi, itp.

TABELA NR 2 – MATERIAŁY

|  |  |
| --- | --- |
| Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | 15.000,00 zł |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 2 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto pełnego serwisu Tabela nr 1 (kol. 13) i kwoty podanej w Tabeli nr 2** |
| **brutto:** | słownie: …….................................................................................................................................................................................................................................. |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 3 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA TOMOGRAF KOMPUTEROWY OPTIMA CT 540 ZE STACJĄ OPISOWĄ, WSTRZYKIWACZ KONTRASTU MADRAD BAYER STELLZUT W CRU, CIEPLARKA DO ŚRODKÓW KONTRASTOWYCH CBM**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ ORAZ NAPRAWY (pełen serwis)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy i przybliżone terminy wykonania | Miesięczna rata netto(PLN) | Stawka VAT(%) | Miesięczna rata brutto(PLN) | Ilość miesięcy | Wartość netto pełnego serwisu w okresie trwania umowy (PLN) | Wartość brutto pełnego serwisu w okresie trwania umowy(PLN) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12= 8 x 11* | *13= 12 + 9* |
| 1 | Tomograf komputerowy ze stacją opisową | Optima CT 540 | 2018 | GE Medical System | Pracownia TKCentrum Opieki Geriatrycznej | 8(-03.2022następne co kwartał) |  |  |  | 24 |  |  |
| 2 | Wstrzykiwacz kontrastu | Stellzut WCRU | 2019 | Madrad Bayer | 2(09.2022, 09.2023) |  |  |  | 24 |  |  |
| 3 | Cieplarka do środków kontrastowych | 2431/V 20l | 2019 | CBM | 2(09.2022, 09.2023) |  |  |  | 24 |  |  |
| SUMA |  | X |  | X |  |  |

**Pełen serwis obejmuje:**

- czas naprawy od zgłoszenia – maksymalnie w ciągu do 96h,

- przegląd techniczny z konserwacją z częstotliwością określoną przez producenta,

- nielimitowane wizyty serwisowe na miejscu

- naprawy, diagnostyka, przejazdy, noclegi, itp.

TABELA NR 2 – MATERIAŁY

|  |  |
| --- | --- |
| Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | 40.000,00 zł |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 3 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto pełnego serwisu Tabela nr 1 (kol. 13) i kwoty podanej w Tabeli nr 2** |
| **brutto:** | słownie: ……................................................................................................................................................................................................................................. |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.4** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia, - podatek VAT, w roboczogodzinie skalkulowany jest koszt dojazdu**  |

**PAKIET 4 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY ZBIORCZEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy - 2022-2023 całości sprzętu wyszczególnionego w Zał. nr 2.4.1. do SWZ (poz. 1-239) | Termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd całości sprzętu wyszczególnionego w Zał. nr 2.4.1. do SWZ | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10+11* |
| 1 | Sprzęt medyczny wyszczególniony w Załączniku nr 2.4.1 do SWZ(poz. 1-239) | zgodnie z Zał. nr 2.4.1. | zgodnie z Zał. nr 2.4.1. | zgodnie z Zał. nr 2.4.1. | zgodnie z Zał. nr 2.4.1. | 2 | zgodnie z Zał. nr 2.4.1. |  |  |  |   |
| **SUMA** |  | **x** |  |

TABELA NR 2 - NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4  | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 8 + 3* |
| 1 | Sprzęt medyczny wyszczególniony w Załączniku nr 2.4.1. do SWZ (poz. 1-239) | 15.000,00 zł  | 100 |   |  |  |   |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 4 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin Tabela nr 2 (kol. 9):** |
| **brutto:** | słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................ |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 2.4.1 - wyszczególnienie sprzętu medycznego do Pakietu nr 4** |
| l.p. | Nazwa | Gdzie | Model / Producent | Typ | Rok produkcji | Numer fabryczny | Zasilanie | Przewidywany następny przegląd na rok 2022 |
| 1 | Ozonomatic 101 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | OZONTMATIC S.R.L. | JOLLY MED. | 2014 | S/N698686210006 | 230V | 2022-09-28 |
| 2 | Stół rehabilitacyjny Galaxy Sala gimnastyczna kineza | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | Galaxy Mercury E-S2.F4 | 2021 | 03734-2021 | 230V | 2023-05-12 |
| 3 | Wanna do kąpieli wirowych nóg -104 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | TECHNOMEX | PIZARRO | 2016 | H/1605/0122 | 230V | 2022-09-28 |
| 4 | Wanna do kapieli wirowej rąk – 113 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | TECHNOMEX | CASTILLO | 2020 | H/2011/0002 | 230V | 2022-11-18 |
| 5 | Bicze szkockie - basen (katedra natryskowa) | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Baden Baden | 2,38-4 | 2005 | 25227 | 230V | 2022-09-28 |
| 6 | Kriopol | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Kriomed | R | 2008 | 048/08/08 | 230V | 2022-09-28 |
| 7 | Kriopol | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Kriomed | R | 2005 | 12 | 230V | 2022-09-28 |
| 8 | Kriopol | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Kriomed | R - BRYZA | 2015 |  007/01/2015 | 230V | 2022-09-28 |
| 9 | Wanna do kapieli wirowej rąk – 108 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Technomex | CASTILLO | 2016 | H/1605/0124 | 230V | 2022-09-28 |
| 10 | Wanna do masażu podwodnego hydro hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Baden Baden | 0.10 | 2008 | 28495 | 400V | 2022-09-28 |
| 11 | Aquavibron hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | - | 2004 | - | 230V | 2022-09-28 |
| 12 | Zabudowa z pompą wody hydro hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Medan Inmed | - | 2008 |  0064-2008 | 230V | 2022-09-28 |
| 13 | Wanna do automatycznego hydromasażu 111 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Technomex | T-MP UWM AUTOMAT | 2007 | H/0710/0318 | 230V | 2022-09-28 |
| 14 | Wanna hydromasaż podwodny-113/a hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Baden Baden | 1,5-15S/LT | 2000 | 23841 | 400V | 2022-09-28 |
| 15 | Wyciąg trakcyjny 218 | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Cosmogama | TU-100 | 2001 | ST30265 | 230V | 2022-09-28 |
| 16 | Mieszalnik do okładów parafinowych balneo | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | - | - | 1998 | 23843 | 230V | 2022-09-28 |
| 17 | Kocioł borowinowy balneo | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Kampmann | - | 1998 | 700302 | 400V | 2022-09-28 |
| 18 | Aparat do elektroterapii – 214/18 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Gymna Repro N.V. | DUO 410 | 2001 | 9875 | 230V | 2022-09-28 |
| 19 | Stół rehabilitacyjny Galaxy Sala gimnastyczna kineza | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | Galaxy Mercury E-S2.F4 | 2021 | 03735-2021 | 230V | 2022-05-12 |
| 20 | Aparat do elektroterapii – 214/17 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Gymna Repro N.V. | DUO 410 | 2001 | 9879 | 230V | 2022-09-28 |
| 21 | Aparat do elektroterapii – 209/55 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Sonaris | 2009 | SMS29/12/09 | 230V | 2022-09-28 |
| 22 | Aparat do elektroterapii 209/33 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Aries | 2010 | AMS-50/03/10 | 230V | 2022-09-28 |
| 23 | Zestaw do fizykoterapii – 212/34 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Galwa 5 | 1999 | 582789 | 230V | 2022-09-28 |
| 24 | Zestaw do fizykoterapii – 212/34 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Sono 5 | 1999 | 562371 | 230V | 2022-09-28 |
| 25 | Wieża fizykoterapełtyczna – 213/31 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Galwa 5 | 2001 | 591339 | 230V | 2022-09-28 |
| 26 | Wieża fizykoterapełtyczna – 213/31 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Sono 5 | 2001 | 563865 | 230V | 2022-09-28 |
| 27 | Zestaw do fizykoterapii – 214/19 fizko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Galwa 5 | 1998 | 562930 | 230V | 2022-09-28 |
| 28 | Zestaw do fizykoterapii – 214/19 fizko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zimmer | Sono 5 | 1998 | 591006 | 230V | 2022-09-28 |
| 29 | Aparat do elektroterapii 213/37 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Aries | 2013 | SN-20/U1/AN | 230V | 2022-09-28 |
| 30 | Aparat do elektroterapii – 212/30 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Aries | 2010 | AMS-51/03/10 | 230V | 2022-09-28 |
| 31 | Lapmpa Solux Kolumnowa – 209/1 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zalimp | LS - K | 1999 | 121/99 | 230V | 2022-09-28 |
| 32 | Lampa Sollux Kolumnowa - 211/15 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zalimp | LS - K | 1999 | 802-41-10-000 | 230V | 2022-09-28 |
| 33 | Lapmpa Solux Kolumnowa – 211/3 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zalimp | LS - K | 1999 | 124/99 | 230V | 2022-09-28 |
| 34 | Laser ze skanerem / aplikator skanujący fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Polaris 2 | 2016 | PM2W-07T1AR/ SKKK/450-05/S1/AR | 230V | 2022-09-28 |
| 35 | Diatermia krótkofalowa - 215/14 (terapuls) fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Cosmogama | SW-500 | 2001 | 5T06301 | 230V | 2022-09-28 |
| 36 | Laser terapeutyczny – 215/11 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Polaris 2 | 2014 | PM2-38/S1/AN | 230V | 2022-09-28 |
| 37 | Laser terapeutyczny - 215/3 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Polaris 2 | 2016 | SNPM2-02/T1/AP | 230V | 2022-09-28 |
| 38 |  + aplikator skanujący fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | X | X | SNSK450-01/M1/A0 | X | 2022-09-28 |
| 39 | Lampa bioptron (duży) – 215/4 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Zepter | Birptron 2 | 1998 | 612675 | 230V | 2022-09-28 |
| 40 | Aparat do laseroterapii - ręczny - 215/00 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Polaris | 2008 | PM 01/05/08 | 230V | 2022-09-28 |
| 41 | Laser ze skanerem – 215/13 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | COSMOGAMA | TR1-HP | 2007 | 07/8A20147 | 230V | 2022-09-24 |
| 42 | Laser ze skanerem fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | PhysioGo / SKW2-450 | 2020 | nr PHG400C-01/S2/AX SKW450-06/U3/AX | 230V | 2022-01-20 |
| 43 | Kabina na podczerwień – SAUNA hydroterapia | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | SAVNAL | INFRARED | 2008 | 802-40-01-000 | 230V | 2022-09-28 |
| 44 | Masaż uciskowy – limfatyczny fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Technomex | MK 400 | 2011 | 1100309 | 230V | 2022-09-28 |
| 45 | Generator ASTAR (Magneris)-215/7 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Magneris | 2013 | MM-04/P1/AN | 230V | 2022-09-28 |
| 46 | Aparat do magnetoterapii 215/8 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Magner Plus | 2014 | SN-05/W1/AN | 230V | 2022-09-28 |
| 47 | Magnetron 215/9 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Astar ABR | Magner Plus  | 2014 | SN-19/N1/AO | 230V | 2022-09-28 |
| 48 | Stół do masażu kineza | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Techneo | 3E Hybryda | 2011 | 12-02-1936 | 230V | 2022-09-28 |
| 49 | Magnetic bio stimulation – 215/5 fizyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Elecpol-Poznań | G-pulse 210uP/300 | 2008 | 211-H-2008-135 | 230V | 2022-09-28 |
| 50 | Magnetic bio stimulation – 215/6 fiyko | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Elecpol-Poznań | G-pulse 210uP/300 | 2003 | 211-H-2003-0087 | 230V | 2022-09-28 |
| 51 | Stół do rehabilitacji - sala gimnastyczna przy krio.kineza | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | Galary Merkury E-S2.F4 | 2019 | 1827-2019 | 230V | 2022-09-28 |
| 52 | Stół do rehabilitacji - sala gimnastyczna przy krio. | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | Galary Merkury E-S2.F4 | 2019 | 1828-2019 | 230V | 2022-09-28 |
| 53 | Stół do rehabilitacji - sala gimnastyczna przy krio. | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Meden Inmed | Galary Merkury E-S2.F4 | 2019 | 1829-2019 | 230V | 2022-09-28 |
| 54 | Aparat SUNLAMP **strych/65 fizyko** | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | JELOSIL | UVA | 2008 | 7077 | 230V | 2022-09-28 |
| 55 | Negatoskop  | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Femed | L-110 | bd | 8812786 | 230 V | 2022-09-28 |
| 56 | Bieżnia T-3X-04-C krioterapia -kriokomora | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | MATRIX | T-3X-04-C |   | CTM 523130502031 | 230V | 2022-09-28 |
| 57 | Bieżnia TX5 krioterapia kriokomora | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | KETLLER | TX5 |   | 600150603MTWHM | 230V | 2022-09-28 |
| 58 | Przyrząd do masażu (pas wibracyjny) 180W krioterapia kriokom | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | KETLLER | D-59469/7842-600 | 2006 | 802-90-00-014 | 230V | 2022-09-28 |
| 59 | Wanna do masażu podwodnego 102 hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Elecpol-Poznań | 1.5-15 Vitality SN 33.062 | 2019 | 802-01-19-000 | 230V | 2022-07-13 |
| 60 | Aparat do terapii falą uderzeniową hydro | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | Elecpol-Poznań | en-PULS | 2017 | 1720013655 | 230V | 2022-07-13 |
| 61 | Lampa Bioptron | Oddział I | Zepter | 2 | 2004 | 761267-5000204 | 230V | 2022-09-18 |
| 62 | Reduktor tlenowy | Oddział I | Linde | - | 1986 | 7311 | - | 2022-09-18 |
| 63 | Respirator | Oddział I |   | CARE VENT BLS | 2007 | BL4528-2007 | - | 2022-09-18 |
| 64 | kardiomonitor | Oddział I | Gungdong Biolight Medite | M9000 | 2008 | E 900126 | 230V | 2022-09-18 |
| 65 | Aparat EKG | Oddział I | Aspel | AsCard B-56 | 2003 | 199/03 | 230V | 2022-09-18 |
| 66 | Ssak eletryczny | Oddział I | CA - MI | NEW ASKIR 30 | 2012 | 36785-1297/89/09/2012 | 230V | 2022-09-18 |
| 67 | Negatoskop | Oddział I | FAMED | L-110 | bd | 83482 | 230V | 2022-09-18 |
| 68 | Negatoskop | Oddział I | FAMED | L-110 | bd | 83916 | 230V | 2022-09-18 |
| 69 | Inhalator  | Oddział I | AIR LIQUIPE MEDICAL | VOYAGE | 2015 | 15F0007286 | 230V | 2022-09-18 |
| 70 | pompa infuzyjno-objetościowa | Oddział I | HOSPIRA | PLUM A+ | 2007 | 99948594 | 230V | 2022-09-18 |
| 71 | Dżwig transportowy | Oddział I | AKS | Folsy 2011 | 2011 | 3211 | 24 V | 2022-09-18 |
| 72 | Holter ciśnieniowy | Oddział I | Envitec  | Physio | 2009 | 6306 | 6 V | 2022-09-18 |
| 73 | Reduktor tlenowy | Oddział I | MetalERG | Z.100.2.1.P | 2016 | 16439 |  - | 2022-09-18 |
| 74 | Aparat EKG  | Oddział I | ASCARD / Aspel |  Grey V.07.205 | 2020 | 9906 | 230V | 2022-11-27 |
| 75 | Kapilaroskop | Oddział I | Kapilaroskop | Olympus SZ2-ILST | 2012 | 1D02393 | 230V | 2022-09-18 |
| 76 | Kapilaroskop | Oddział I | Dino Lite |  MEDL4N PRO  | 2020 | BOA 02364 |  - | 2022-09-02 |
| 77 | Koncentrator tlenu 3 LATA GW OD 07.12.2020 | Oddział I | Philips Ever Flo | Ever Flo IKK | 2020 | 2054780 | 230V | 2022-12-07 |
| 78 | Defibrylator | Oddział I | OSATU | Reambex 700 | 2008 |  2008-20022319 | 230V | 2022-09-18 |
| 79 | Aparat EKG  | Oddział II | As CARD  | Grey SN 8854 | 2019 | 802-10-27-000 | 230V | 2022-04-19 |
| 80 | Pompa infuzyjna | Oddział II | Fresenius Kabi | Valumat MC Agilia | 2014 | 019193/22170619 | 230V | 2022-08-24 |
| 81 | Pompa infuzyjna | Oddział II | Abbott | Lifecore 5000 | 2003 | 500 097 520 341 | 230V | 2022-08-24 |
| 82 | Ssak elektryczny | Oddział II | CA - MI | NEW ASKIR 30 | 2012 |  36786-1297/09/09/2012 | 230V | 2022-08-24 |
| 83 | Reduktor tlenowy | Oddział II | FARUM |  - | 1986 | 7821/86 | - | 2022-08-24 |
| 84 | Negatoskop | Oddział II | Ultra-VIOL | NGP 11 | 1998 | 4304/98 | 230V | 2022-08-24 |
| 85 | Negatoskop | Oddział II | Ultra-VIOL | NGP 31 | 2009 | 20094007 | 230V | 2022-08-24 |
| 86 | Negatoskop | Oddział II | Ultra-VIOL | NGP 11 | 1998 | 4270/98 | 230V | 2022-08-24 |
| 87 | Kapilaroskop - EDGE  | Oddział II | DINO-LITE | MEDL 4N PRO | 2019 | A 9601635 | USB | 2022-08-24 |
| 88 | Defibrylator | Oddział II | Ddefibtech | LIFE LINE AED | 2008 | 130001426 | 9V | 2022-08-24 |
| 89 | Negatoskop | Oddział III | FAMED Łódź | Viewlux LU 211 | 2002 | 990024 | 230V | 2022-08-24 |
| 90 | Aparat EKG | Oddział III | AsCARD | GREY | 2017 | 6924 | 230V | 2022-08-24 |
| 91 |  + wózek i pojemnik na akcesoria | Oddział III | As CARD | W35 | 2009 | 190/09 |  - | 2022-08-24 |
| 92 | Inhalator | Oddział III | AIR LIQUIPE MEDICAL | VOYAGE | 2015 | 15F0007282 | 230V | 2022-08-24 |
| 93 | Pompa infuzyjna | Oddział III | Fresenius Kabi | Agilia Volumat MC | 2014 |  019193/22147565 | 230V | 2022-08-24 |
| 94 | Reduktor tlenowy | Oddział III | FARUM | A-40 | - | 097/207 |  - | 2022-08-24 |
| 95 | Wirówka laboratoryjna stołowa | Punkt pobrań | MPW | MPW 223e | 2003 |  10223e044803 | 230V | 2022-08-24 |
| 96 | Wirówka laboratoryjna | Punkt pobrań | MPW | MPW 250 | 2001 |  SN 0251 | 230V | 2022-08-24 |
| 97 | Reduktor tlenowy | Punkt pobrań | Linde | - | 1986 | 7290 |  - | 2022-08-24 |
| 98 | Aparat EKG | Punkt pobrań | Aspel | Ascard B56 | 2000 | 275 | 230V | 2022-08-24 |
| 99 | Mieszadło Hematologiczne | Punkt pobrań | TechniPROT | UMH - 5 | 1986 | 1 | 230V | 2022-08-24 |
| 100 | Ssak elektryczny | Reumatologia dla dzieci | WAN | WAN M-2 | 2000 | 98 | 230V | 2022-09-06 |
| 101 | Aparat EKG | Reumatologia dla dzieci | Ascard | Mr Blue | 2009 | 476/09/AL. | 230V | 2022-09-06 |
| 102 | Aparat EKG | Reumatologia dla dzieci | Farum | E-30M | 1992 | 240 | 230V | 2022-09-06 |
| 103 | Reduktor tlenowy | Reumatologia dla dzieci | Farum | - | 1995 | 7297 | - | 2022-09-06 |
| 104 | Inhalator | Reumatologia dla dzieci | Medel | Medel Pro | 2005 | 60783 | 230V | 2022-09-06 |
| 105 | Respirator transportowy | Reumatologia dla dzieci | Phenpae |  Z-R | 1986 |  4F-188 |   | 2022-09-06 |
| 106 | Ssak elektryczny | Reumatologia dla dzieci | WAN | WAN M-2 | 1996 | 34 | 230V | 2022-09-06 |
| 107 | Kardiomonitor | Reumatologia dla dzieci | Pyramed | CARDIO 8000 | 2002 | EO 800008 | 12V | 2022-09-06 |
| 108 | Defibrylator | Reumatologia dla dzieci | Defibtech | DDU-100 | 2008 | 130001412 | 9V | 2022-09-06 |
| 109 | Pompa infuzyjna | Reumatologia dla dzieci | Ascor | Ap31 | 2013 |  3101179-2013 | 230V | 2022-09-06 |
| 110 | Pompa infuzyjna | Reumatologia dla dzieci | Ascor | Ap31 | 2017 | 31-01526-2017 | 230V | 2022-09-06 |
| 111 | Urządzenie do magnetoterapii (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Astar ABR | Magner Plus BF | 2006 |  MP 20/07/07 | 230V | 2022-09-06 |
| 112 | Lampa sollux (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Zalimp | LSK | 1991 | 183 | 230V | 2022-09-06 |
| 113 | Lampa sollux (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Zalimp | LSK | 1987 | 779 | 230V | 2022-09-06 |
| 114 | Lampa terapeutyczna (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Astar ABR | Lumina | 2008 |  04/09/08 | 230V | 2022-09-06 |
| 115 | Lampa Bioptron (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Zepter | Pro | 2005 | 802-41-23-000 | 230V | 2022-09-06 |
| 116 | Laser z skanerem (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Polaris | Polaris 2 | 2008 | PH2/20/12/08 | 230V | 2022-09-06 |
| 117 | Aparat do elektrostymulacji | Rehabilitacja dla dzieci | Marp Electronic | Physioter D-50 | 2003 | D 50243 | 230V | 2022-09-06 |
| 118 | Aparat do elektrostymulacji | Rehabilitacja dla dzieci | Marp Electronic | Physioter D-50 | 2003 | D 50244 | 230V | 2022-09-06 |
| 119 | Platforma stabilometryczna | Rehabilitacja dla dzieci | Technomex | ST-310 | 2008 | 411/2008 | 230V | 2022-09-06 |
| 120 | Negatoskop jednokanałowy | Rehabilitacja dla dzieci | Famed | LU 100 | 2009 | 20090004 | 230V | 2022-09-06 |
| 121 | Negatoskop trzykanałowy | Rehabilitacja dla dzieci | Famed | LU 310 | 2009 | 20090005 | 230V | 2022-09-06 |
| 122 | Negatoskop | Rehabilitacja dla dzieci | Famed | LU 101 | 2000 |  0/0/02 - 010102 | 230V | 2022-09-06 |
| 123 | Negatoskop | Rehabilitacja dla dzieci | Ultra-VIOL | NGP 11 | 1998 |  3023/98 | 230V | 2022-09-06 |
| 124 | Reduktor tlenowy | Rehabilitacja dla dzieci | Farum | - | 1996 | 26591 | - | 2022-09-06 |
| 125 | Inhalator tłokowy | Rehabilitacja dla dzieci | Medel | Medel Pro | 2006 | 60814 | 230V | 2022-09-06 |
| 126 | Spirometr (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Meden Inmed | ML 3500/NK8 | 2007 | 51607 | - | 2022-09-06 |
| 127 | Wirówka kończyn dolnych i kręgosłupa (fizykoterapia) | Rehabilitacja dla dzieci | Technomex | 1115T | 2007 |  1022/06 | 230V | 2022-09-06 |
| 128 | Aparat do krioterapii | Rehabilitacja dla dzieci | Kriomed | Kriopol-R-26 | 1994 | 9493 | 230V | 2022-09-06 |
| 129 | Aparat do tlenoterapii | Przychodnia | Chirana | Prema | 2015 | 2-60013 |   | 2022-09-06 |
| 130 | Negatoskop g.1 | Przychodnia | Ultra-VIOL | NGP 11 | bd | 01,WTA-T-250/1A  | 230V | 2022-09-06 |
| 131 | Negatoskop g.2 | Przychodnia | Famed | L 141 | bd | 940294 | 230V | 2022-09-06 |
| 132 | Negatoskop g.4 | Przychodnia | Ultra-VIOL | NGP 21 | bd | 2-20014 | 230V | 2022-09-06 |
| 133 | Negatoskop g.5 | Przychodnia | Ultra-VIOL | NGP 11 | bd |  1/97/99 | 230V | 2022-09-06 |
| 134 | Negatoskop g.6 | Przychodnia | Famed | L 110 | bd | 2-20012 | 230V | 2022-09-06 |
| 135 | Negatoskop g.7 | Przychodnia | Famed |  L 131 | bd | 901353 | 230V | 2022-09-06 |
| 136 | Aparat EKG | Przychodnia | Aspel | AsCard Grey | 2017 | 6664 | 230V | 2022-09-06 |
| 137 | System dezynfekcji Sanivir Biospray | Oddział I | HSC | Sanivir | 2020 | S/N 00314 | 230V | 2022-09-08 |
| 138 | System dezynfekcji Sanivir Biospray | ZRL | HSC | Sanivir | 2020 | S/N 00316 | 230V | 2022-09-08 |
| 139 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | Oddział I | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202033120 | 230V | 2022-09-08 |
| 140 | System dezynfekcji Sanivir Biospray | Pawilon II | HSC | Sanivir | 2020 | S/N 00337 | 230V | 2022-09-08 |
| 141 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | Punkt pobrań | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202041584 | 230V | 2022-09-08 |
| 142 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | Przychodnia pok. 19 | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202041586 | 230V | 2022-09-08 |
| 143 | Myjnia -Dezynfekator | Pawilon II | Panamatic  | Optima 2 | 2020 | 200 71 68 | 230V | 2022-09-08 |
| 144 | Myjnia -Dezynfekator | Pawilon II | Panamatic  | Optima 2 | 2020 |  200 71 42 | 230V | 2022-09-08 |
| 145 | Myjnia -Dezynfekator | Pawilon I | Panamatic  | Optima 2 | 2020 |  200 71 41 | 230V | 2022-09-08 |
| 146 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | Oddział II III | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202044653 | 230V | 2022-11-30 |
| 147 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | Przychodnia | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202041589 | 230V | 2022-11-30 |
| 148 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | RTG | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202047463 | 230V | 2022-11-30 |
| 149 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | 20A | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202047461 | 230V | 2022-11-30 |
| 150 | Elektrokardiograf | Geriatria | ASPEL | AsCARD GREY | 2019r. | 8840 | 230V | 18.11.2022r. |
| 151 | Podnośnik transportowo-kompielowy | Geriatria | beca hospitek | Carlo Comfort | 2019r. | 4219121352 | 24V | 12.11.2022r. |
| 152 | Podnośnik transportowo-kompielowy | Geriatria | beca hospitek | Sentra Pur L | 2019r. | 38119L63384 | 24V | 12.11.2022r. |
| 153 | Wózek do przewożenia chorych | Geriatria | Famed Żywiec | WP-02 | 2019r. |  04275 |  --- |  11.2022 |
| 154 | Wózek do przewożenia chorych | Geriatria | Famed Żywiec | WP-03 | 2019r. |  04274 |  --- |  11.2022 |
| 155 | Wózek do przewożenia chorych | Pracownia TK | Famed Żywiec | WP-04 | 2019r. |  04273 |  --- |  11.2022 |
| 156 | Lampa zabiegowa | Poradnia geriatryczna | RIMSA P. Longoni | Primaled | 2019r. | 3825 | 230V | 18.11.2021r. |
| 157 | Lampa zabiegowa | Geriatria | RIMSA P. Longoni | Primaled | 2019r. | 3834 | 230V | 18.11.2021r. |
| 158 | Wielofunkcyjny fotel zabiegowy | Geriatria | UBM Kotasińska | FoZa multi | 2019r. | 1910002 | 230V | 18.11.2021r. |
| 159 | Wielofunkcyjny fotel zabiegowy | Zabiegowy Izba przyjęć | UBM Kotasińska | FoZa multi | 2019r. | 1910001 | 230V | 18.11.2021r. |
| 160 | Macerator do pieluch | Geriatria | Sani System | Incomatic | 2019r. | 1910053 | 230V | 30.10.2021r. |
| 161 | Myjnia dezynfekcyjna do kaczek i basenów | Reumatologia dla dzieci | Sani System | Incomatic | 2019r. | 1910050 | 230V | 30.10.2021r. |
| 162 | Myjnia dezynfekcyjna do kaczek i basenów | Reumatologia dla dzieci | Sani System | Incomatic | 2019r. | 1908009 | 230V | 30.10.2021r. |
| 163 | Myjnia dezynfekcyjna do kaczek i basenów | Geriatria | Sani System | Incomatic | 2019r. | 1910115 | 230V | 30.10.2021r. |
| 164 | Myjnia dezynfekcyjna do kaczek i basenów | Geriatria | Sani System | Incomatic | 2019r. | 1910114 | 230V | 30.10.2021r. |
| 165 | Stół Galaxy E-S2.F4 | Sala gimnastyczna | Medan Inmed | Galaxy E-S2.F4 | 2019r. | 7260-2019 | 230V |  11.2022 |
| 166 | Stół Galaxy E-S2.F4 | Sala gimnastyczna | Medan Inmed | Galaxy E-S2.F5 | 2019r. | 7261-2019 | 230V |  11.2022 |
| 167 | Stół Galaxy E-S2.F4 | Sala gimnastyczna | Medan Inmed | Galaxy E-S2.F6 | 2019r. | 7259-2019 | 230V |  11.2022 |
| 168 | Stół Galaxy Merkury E-S4.F4 | Fizykoterapia +1C gabinet masażu | Medan Inmed | Galaxy E-S2.F7 | 2019r. | 7258-2019 | 230V |  11.2022 |
| 169 | KRIOPOL R | Fizykoterapia +1C | Kriomedpol Sp. z o.o. | R 30 BRYZA II | 2019r. | 113/10/2019 | 230V | 18.11.2022r. |
| 170 | Aparat do elektroterapii | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | ETIUS | 2019 | EEW-14/N2/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 171 | Aparat do elektroterapii | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | ETIUS | 2019 | EEW-14/R1/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 172 | Aparat do ultradźwięków | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | Sonaris S | 2019 | SMSW-01/R1/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 173 | Aparat do ultradźwięków | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | Sonaris S | 2019 | SMSW-08/N1/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 174 | Aparat do terapii polem magnetycznym m.cz. | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | Magner Plus | 2018 | MP-02/S4/AT | 230V | 18.11.2022r. |
| 175 | Lampa do naświetleń światłem podczerwonym typu sollux | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | LUMINA | 2019 | LU5P-18/K1/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 176 | Aparat do laseroterapii | Fizykoterapia +1C | Astar ABR Sp. Jawna | POLARIS 2 | 2019 | PM2W-22/T1/AU | 230V | 18.11.2022r. |
| 177 | Aparat do Diatermii krótkofalowej | Fizykoterapia +1C | Bardo Med. Sp. z o.o. | CURAPULS 670 | 2019 | 01.211 | 230V | 18.11.2022r. |
| 178 | Aparat do elektroterapii 2 kanałowy | Fizykoterapia +1C |   | BTL-4625 Smart | 2019 |   | 230V |  11.2022 |
| 179 | Aparat do elektroterapii 1 kanałowy | Fizykoterapia +1C |   | BTL-4710 Smart | 2019 |   | 230V |  11.2022 |
| 180 | Respirator | Geriatria | Astral | Astral 100 | 2020 | 22201110168 | 230V |  11.2022 |
| 181 | Respirator | Geriatria | Astral | Astral 100 | 2020 | 22201110172 | 230V |  11.2022 |
| 182 | Defibrylator | Pracownia TK | AED | DefiMax AED | 2019 | 11191413 | 230V |  11.2022 |
| 183 | Waga lekarska ze wzrostomierzem | Poradnia geriatryczna | Seca Gmbh | Seca 799 | 2019 | 10000000299833 | 230V | 18.11.2022r. |
| 184 | Waga lekarska ze wzrostomierzem | Poradnia geriatryczna | Seca Gmbh | Seca 799 | 2019 | 10000000299831 | 230V | 18.11.2022r. |
| 185 | Waga krzesełkowa | Geriatria | Seca Gmbh | Seca 959 | 2019 | 10000000301879 | 230V | 18.11.2022r. |
| 186 | Waga lekarska ze wzrostomierzem | Geriatria | Seca Gmbh | Seca 799 | 2019 | 10000000299830 | 230V | 18.11.2022r. |
| 187 | Defibrylator | Poradnia geriatryczna | AED | DefiMax AED | 2019 | 11191414 | 230V | 18.11.2022r. |
| 188 | Elektrokardiograf | Poradnia geriatryczna | ASPEL S.A. | AsCARD GREY | 2019 | 8841 |  --- | 18.11.2022r. |
| 189 | Rejestrator EKG Holtera | Geriatria | ASPEL S.A. | As PEKT 712.201 | 2019 | 725 | 9V | 18.11.2022r. |
| 190 | Rejestrator EKG Holtera | Geriatria | ASPEL S.A. | As PEKT 712.201 | 2019 | 722 | 9V | 18.11.2022r. |
| 191 | Pompa Infuzyjna | Geriatria | Braun | INFUSOMAT SPACE S/N 8713050 |   | 612820 | 230V |  12.2022r. |
| 192 | Pompa Infuzyjna | Geriatria | Braun | INFUSOMAT SPACE S/N 8713051 |   | 612730 | 230V |  12.2022r. |
| 193 | Pompa Infuzyjna | Geriatria | Braun | INFUSOMAT SPACE S/N 8713052 |   | 612750 | 230V |  12.2022r. |
| 194 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-10999-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 195 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-11001-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 196 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-11000-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 197 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-11003-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 198 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-11004-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 199 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASCORMED Sp. z o.o. | AP14 | 2019 | 14-11002-2019 | 230V |  12.2022r. |
| 200 | Reduktor do podawania tlenu | Pracownia TK | MetalERG Sp. z o.o. Sp.k. | Z 100.2.2.P | 2020 | 201092 |  --- |  11.2022r. |
| 201 | Reduktor do podawania tlenu | Geriatria | MetalERG Sp. z o.o. Sp.k. | Z 100.2.2.P | 2020 | 201104 |  --- |  11.2022r. |
| 202 | Waga medyczna z wzrostomierzem | Pracownia TK | Szarder | MS 4971 | 2020 | C19016855 | 230V | 18.11.2022r. |
| 203 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11930-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 204 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11931-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 205 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11934-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 206 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11935-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 207 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11936-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 208 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11937-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 209 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11938-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 210 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11939-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 211 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11940-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 212 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11941-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 213 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11942-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 214 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11943-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 215 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11944-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 216 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11945-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 217 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11946-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 218 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11947-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 219 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11948-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 220 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11949-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 221 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11950-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 222 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11951-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 223 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11952-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 224 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11953-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 225 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11954-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 226 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | Geriatria | ASKOR MED. | AP14 | 2020 | 14-11955-2020 | 230V |  10.2023r. |
| 227 | Ssak medyczny dwubutlowy | Geriatria | Investmed | Life Time SA01 HT | 2019 | SA 0113050447 | 230V |  11.2022r. |
| 228 | Ssak medyczny dwubutlowy | Geriatria | Investmed | Life Time SA01 HT | 2020 | SA 0113050448 | 230V |  11.2022r. |
| 229 | Zamgławiacz (ozonator) | Pracownia TK | HSC | SaniVir | 2020 |  00338 | 230V |  10.2022 |
| 230 | Zamgławiacz (ozonator) | Portiernia COG | HSC | SaniVir | 2020 |  00336 | 230V |  10.2022 |
| 231 | Zamgławiacz (ozonator) | Fizykoterapia | HSC | SaniVir | 2020 |  00368 | 230V |  10.2022 |
| 232 | Zamgławiacz (ozonator) | Portiernia COG |   |   | 2020 | DFPCS/21/086 | 230V |  10.2022 |
| 233 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | COG | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 2020 | 230V | 2022-11-30 |
| 234 | Lampa bakteriobójcza UV-C Przepływowe | COG | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 2020 | 230V | 2022-11-30 |
| 235 | Lampa bakteriobójcza UV-C  | Gabinet zabiegowy | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202033117 | 230V | 2022-11-30 |
| 236 | Lampa bakteriobójcza UV-C  | Sala gimnastyczna | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202047460 | 230V | 2022-11-30 |
| 237 | Lampa bakteriobójcza UV-C  | Gabinet zabiegowy | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202047462 | 230V | 2022-11-30 |
| 238 | Lampa bakteriobójcza UV-C  | Pracownia TK | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202041590 | 230V | 2022-11-30 |
| 239 | Lampa bakteriobójcza UV-C  | Gabinet zabiegowy | UltraViol | NBVE 60/30 | 2020 | SN 202041591 | 230V | 2022-11-30 |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.5.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT, - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 5 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY USG PHILIPS HD11**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy - 2022-2023  | Przybliżony termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd  | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10 + 11* |
| 1 | Aparat USG | PHILIPS HD11 | 2009 | PHILIPS | Pracownia USG | 2 | 06.202206.2023 |  |  |  |   |
| SUMA |  | x |  |

TABELA NR 2 – NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin/dojazdów na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny / cena dojazdu | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin / dojazdu |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 3 + 8* |
| 1 | Naprawy aparatury medycznej wyszczególnionej w Tabeli nr 1 poz. 1 | 15.000,00 zł  | 30 |   |  |  |   |  |
| 2 | Dojazd (kompletny tj. w obie strony – dotyczy tylko napraw) | X | 2 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 5 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin Tabela nr 2.1 i 2.2 (kol. 9):** |
| **brutto:** | **słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................** |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.6.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia, - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 6 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY APARATU USG GE HEALTHCARE VIVID 3**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy -2022-2023  | Przybliżony termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd  | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10 + 11* |
| 2 | Aparat USG | GE Healthcare Vivid 3 | 2001 | GE Healthcare | Oddział I | 2 | 02.202202.2023 |  |  |  |  |
| SUMA |  | x |  |

TABELA NR 2 - NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin/dojazdów na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny / cena dojazdu | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4  | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin / dojazdu |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 3 + 8* |
| 1 | Naprawy aparatury medycznej wyszczególnionej w Tabeli nr 1 poz. 1 | 15.000,00 zł  | 30 |   |  |  |   |  |
| 2 | Dojazd (kompletny tj. w obie strony – dotyczy tylko napraw) | X | 4 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 6 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin z dojazdem Tabela nr 2.1 i 2.2 (kol. 9):** |
| **brutto:** | **słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................** |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.7.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 7 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA USG E-SAOTE**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy- 2022-2023 | Termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd  | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10 + 11* |
| 1 | Aparat USG | E-SAOTE – aparat przenośny | 2009 | E-SAOTE | Oddział I | 2 | 05.202205.2023 |  |  |  |   |
| SUMA |  | X |  |

TABELA NR 2 - NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin /dojazdów na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny / cena dojazdu | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin/ dojazdu |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 3 +8* |
| 1 | Naprawy aparatury medycznej wyszczególnionej w Tabeli nr 1 poz. 1 | 10.000,00 zł  | 20 |   |  |  |   |  |
| 2 | Dojazd (kompletny tj. w obie strony – dotyczy tylko napraw) | X | 2 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 7 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin z dojazdem Tabela nr 2.1 i 2.2 (kol. 9):** |
| **brutto:** | słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................ |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.8.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 8 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA USG TOSHIBA Apilo 400**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy- 2022-2023 | Termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd  | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7  | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10 + 11* |
| 1 | Aparat USG | US-A400 Apilo 400 | 2015 | Toshiba | Reumatologia dziecięce | 2 | 05.202205.2023 |  |  |  |   |
| SUMA |  | X |  |

TABELA NR 2 - NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin /dojazdów na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny / cena dojazdu | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4  | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin/ dojazdów |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 3 +8* |
| 1 | Naprawy aparatury medycznej wyszczególnionej w Tabeli nr 1 poz. 1 | 10.000,00 zł  | 20 |   |  |  |   |  |
| 2 | Dojazd (kompletny tj. w obie strony – dotyczy tylko napraw) | X | 2 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 8 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin z dojazdem Tabela nr 2.1 i 2.2 (kol. 9):** |
| **brutto:** | słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................ |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.9.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 9 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZEŃ KARDIOMONITORYFX3000 I CENTRALA FX3000C I DEFIBRYLATOR**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy- 2022-2023 | Termin wykonania | Cena jednostkowa netto za 1 przegląd  | Wartość netto za ilość określoną w kol. 7 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 7 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10= 7 x 9* | *11* | *12= 10 + 11* |
| 1 | Kardiomonitor | FX 3000 | 2019 | EMTEL | Oddział Geriatrii | 14 | 11.2022 (4 szt.)11.2023 (10 szt.) |  |  |  |   |
| 2 | Centrala do kardiomonitorów | FX 3000C | 2019 | EMTEL | Oddział Geriatrii | 2 | 11.202211.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Defibrylator | Defi-Max PLUS | 2019 | EMTEL | Oddział Geriatrii | 2 | 11.202211.2023 |  |  |  |  |
| SUMA |  | X |  |

TABELA NR 2 - NAPRAWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | Szacunkowa ilość roboczogodzin na czas trwania umowy | Cena jednostkowa netto roboczogodziny | Wartość netto za ilość określoną w kol. 4 | Stawka VAT(%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 4 | Łączna wartość brutto materiału i roboczogodzin z dojazdem  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6= 4 x 5* | *7* | *8= 6 + 7* | *9= 3 +8* |
| 1 | Naprawy aparatury medycznej wyszczególnionej w Tabeli nr 1 poz. 1, poz. 2 i poz. 3 wraz z dojazdem (kompletny tj. w obie strony) | 10.000,00 zł  | 15 |   |  |  |   |  |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 9 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto Tabela nr 1 (kol. 12) i łącznej wartości brutto materiału i roboczogodzin z dojazdem Tabela nr 2.1 (kol. 9):** |
| **brutto:** | słownie: ................................................................................................................................................................................................................................................ |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
|  **ZAŁĄCZNIK NUMER 3** |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU****składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych w postępowaniu na świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów - Postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 1-TP-22”** |

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

*Wykonawca*

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust 1 pkt 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych w oparciu o fakultatywne przesłanki wykluczenia wymienione przez Zamawiającego w rozdziale V SWZ.
3. **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w pkt. 1) niniejszego oświadczenia).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych podjąłem następujące środki naprawcze *(opisać szczegółowo)*: ………………………………………………………………………………………………………………………………

1. \*Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu (jeśli dotyczy).
2. **\***Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………...........................… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z ww postępowania o udzielenie zamówienia oraz spełnia on warunki udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim powołuję się na jego zasoby. **W załączeniu oświadczenie w/w podmiotu zgodnie z art. 125 ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Zał. 3A).**
3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

**\*wykreślić stosowne punkty jeśli nie dotyczy**

*kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3A** |
| **OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU W ZAKRESIE W JAKIM WYKONAWCA POWOŁUJE SIĘ NA JEGO ZASOBY****składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych****w postępowaniu na świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów - postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 1-TP-22”** |

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

*Podmiot udostępniający zasoby*

W związku z zobowiązaniem się do oddania do dyspozycji na rzecz Wykonawcy tj.:

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

(nazwa i adres Wykonawcy, któremu zostaną udostępnione zasoby)

na potrzeby postępowania o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów

**1)** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

**2)** **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 1) niniejszego oświadczenia).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych podjąłem następujące środki naprawcze *(opisać szczegółowo)*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3)** Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu, odpowiednio w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby.

 *kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany*

 *lub podpis osobisty osoby upoważnionej*

***\*wykreślić stosowne punkty jeśli nie dotyczy***

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4** |
| **DRUK ZLECENIA** |



|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** |

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 1-TP-22**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

**o przynależności\*/ lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów - Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 1-TP-22”

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

1**. *należy \*/ nie należy*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.Dz.U. 2021.275) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe w niniejszym postępowaniu.

2. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

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

*\* niewłaściwe skreślić*

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.t.j.2021.275) rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

W sytuacji, gdy w postępowaniu złożyli odrębne oferty wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 6** |
| **WYKAZ USŁUG**wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych co najmniej dwóch usług polegających na konserwacji, serwisowaniu lub napraw awaryjnych urządzeń medycznych:1. dla Pakietu 1 – aparatu RTG 2. dla Pakietu 2 – aparatu USG 3. dla Pakietu 3 – tomografu komputerowego4. dla Pakietu 4 – urządzeń medycznych5. dla Pakietu 5 – aparatu USG6. dla Pakietu 6 – aparatu USG7. dla pakietu 7 – aparatu USG8. dla Pakietu 8 – aparatu USG9. dla Pakietu 9 – kardiomonitora w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie |

 **znak: 1-TP-22**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa i adres odbiorcy | Przedmiot usług(należy podać szczegółowo oraz wskazać rodzaj i nazwy sprzętu medycznego) | Terminy realizacji(termin rozpoczęcia i termin zakończenia od-do) | Wartośćzamówienia brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 7** |
| **WYKAZ OSÓB**skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami |

**znak: 1-TP-22**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia | Zakreswykonywanych czynności przy realizacji zamówienia, funkcja | Informacje o posiadanych kwalifikacjach zawodowych, doświadczeniu i wykształceniu niezbędnych do wykonania zamówienia\* | świadectwo kwalifikacyjne z zakresu obsługi urządzeń elektrycznych do 1 kV (posiada / nie posiada) | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami*(np. umowa o pracę, umowa zlecenie)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**\* w przypadku Wykonawców składających ofertę w Pakietach nr 1, 2, 3\*\*, 8, 9 należy wypełnić również poniższą tabelę**

Wskazane poniżej osoby będą wyznaczone do realizacji zamówienia posiadają:

1. autoryzację do wykonywania napraw lub
2. certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia u producenta urządzeń będących przedmiotem zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko osoby | Wskazać posiadane kwalifikacje:a) lub b)jak wyżej | Data szkolenia | Data ważności szkolenia | Jednostka szkoląca | Przedmiot szkolenia (producent, nazwa/model urządzenia) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

\*\* dla Pakietu nr 3 należy posiadać autoryzację lub certyfikat dla sprzętów wymienionych w poz. 1 oraz w poz. 2.

**UWAGA!!**

Jeżeli w wykazie, w informacji o podstawie do dysponowania, wykonawca wykazał, że polega na osobach innego podmiotu, zdolnych do wykonania zamówienia to powinien załączyć pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji osób zdolnych do wykonania zamówienia na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 8** |
| **WZÓR - ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU****ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY** |

..........................................., dnia .............................

 */ miejscowość/*

/oznaczenie Podmiotu /

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Działając w imieniu: ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………....................… zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy pod nazwą:

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

następujących zasobów:

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

niezbędnych do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji (znak: 1-TP-22) na świadczenie usług dotyczących okresowych przeglądów, konserwacji i serwisowania oraz napraw awaryjnych urządzeń medycznych zainstalowanych w obiektach Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o., w podziale na 9 pakietów, na okres konieczny dla wykonania zamówienia w razie zawarcia umowy o zamówienie publiczne z tym Wykonawcą.

W celu oceny, czy w/w Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów wskazuję:

1) zakres moich zasobów dostępnych Wykonawcy:

**……………………………………………………………………………………………………………**

2) sposób udostępnienia i wykorzystania moich zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu w/w zamówienia;

**……………………………………………………………………………………………………………**

3) okres udostępnienia przy wykonywaniu w/w zamówienia:

**……………………………………………………………………………………………………………**

*kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub*

*podpis osobisty osoby upoważnionej*