**Załącznik nr 1 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

**OD:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nazwa Wykonawcy)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (siedziba Wykonawcy, województwo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (tel/fax)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (EMAIL, STRONA INTERNETOWA)

**WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU**

 **59-900 Zgorzelec**

 **ul. Lubańska 11/12**

 **tel./fax 75/77 22 858**

**OFERTA NA:** **ZAKUP APARATU DO CZTEROWYMIAROWEJ DIAGNOSTYKI KRĘGOSŁUPA, SYNCHRONICZNEGO BADANIA KRĘGOSŁUPA, OSI NÓG I ODCISKU STÓP DO ANALIZY RUCHU Z SYSTEMEM DO POMIARU IZOMETRYCZNEJ SIŁY MAKSYMALNEJ MIĘŚNI KSZTAŁTUJĄCYCH POSTAWĘ CIAŁA**

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

**brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł (z VAT)**

**słownie (brutto) zł: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**w tym podatek VAT \_\_\_\_\_\_%, w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.**

**WARUNKI REALIZACJI**

**Warunki gwarancji na oferowany przedmiot zamówienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m-cy**

- oceniane parametry techniczne – wykazane w opisie przedmiotu zamówienia

zgodnie z załącznikiem: Formularz cenowy i opis przedmiotu zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarte w specyfikacji istotne warunki zamówienia oraz projekt umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach i w terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oświadczamy, że zaoferowany przedmiot spełnia wymogi SIWZ w zakresie wymaganego przez opisu przedmiotu zamówienia

lub jego dopuszczenia do zaoferowania
(wyjaśnienie nr DZP \_\_\_\_\_ punkt \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_).

Poniżej przedstawiono wykaz pozycji asortymentowych, których dotyczy dopuszczenie do zaoferowania\*:

1) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_

2) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** itd.)

***\*(Należy wykazać każdy parametr odbiegający od parametru wymaganego przez Zamawiającego w opisie oraz wskazać parametr oferowany – JEŻELI ZAMAWIAJĄCY DOPUŚCIŁ ZMIANY WSKUTEK WZNIESIONYCH ZAPYTAŃ WYKONAWCÓW)*Do oferty ZOSTAŁ załączony Katalog lub prospekt lub folder** w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ **oraz zawierający numery katalogowe** - w oparciu o które została przygotowana oferta

1. PODWYKONAWCY

Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy:

WYKONAĆ SAMODZIELNIE\* /

ZLECIĆ PODWYKONAWCOM\* (\**niepotrzebne skreślić)*

**CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓREJ WYKONANIE ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCY – JEŻELI DOTYCZY\***

*Należy wskazać części zamówienia oraz wartość lub procentową część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Części zamówienia jakie zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom - zgodnie z podziałem dokonanym przez wykonawcę | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom | Firmy podwykonawców *(nazwy albo imiona i nazwiska oraz dane kontaktowe podwykonawców i osób do kontaktu z nimi, zaangażowanych w dostawy. wykonawca zawiadamia Zamawiającego o wszelkich zmianach danych, o których mowa powyżej, w trakcie realizacji zamówienia, a także przekazuje informacje na temat nowych podwykonawców, którym w późniejszym okresie zamierza powierzyć realizację o ile są już znane)* |
|  |  |  |

*\*niepotrzebne skreślić*

1. OFERTA WSPÓLNA\*

JEŻELI DOTYCZY\*

Oświadczamy, iż wspólnie ubiegamy się o udzielenie zamówienia. Następujące części zamówienia będą realizowane przez poszczególne podmioty konsorcjum:

Część zamówienia podmiot konsorcjum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*niepotrzebne skreślić*

1. OBOWIĄZEK PODATKOWY wynikający z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych:

Niniejszym oświadczamy, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych, że na przedmiot zamówienia, na który składamy niniejszą ofertę

**POWSTAJE\***

**NIE POWSTAJE\***  ***\*niepotrzebne skreślić***

 u Zamawiającego obowiązek podatkowy zgodnie z przepisami o podatku VAT (powodujący konieczność doliczenia do przedstawionej w ofercie ceny podatek od towarów i usług, który zamawiający miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.

*(W przypadku, gdy u Zamawiającego powstaje obowiązek podatkowy zgodnie z przepisami o podatku VAT - należy wskazać nazwę (rodzaj) dostawy/usługi/roboty budowlanej, która prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego, oraz jej wartość bez kwoty podatku).*

Wykaz j/w -

ZOSTAŁ\*

NIE ZOSTAŁ\* \* *\*niepotrzebne skreślić*

załączony do oferty.

 *(Wykaz należy załączyć do oferty na odrębnym dokumencie - wskazując dodatkowo, którego zadania (Pakietu) i której pozycji asortymentowej w danym zadaniu/pakiecie - dotyczy)*.

1. OSOBY UPOWAŻNIONE DO KONTAKTÓW

Na osobę upoważnioną do kontaktów wyznaczamy:

(imię, nazwisko, stanowisko, telefon, e-mail)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. OSOBY UPOWAŻNIONE DO PODPISANIA UMOWY:

W przypadku wyboru naszej oferty osobami upoważnionymi do podpisywania umowy są

(imię, nazwisko, stanowisko): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. WADIUM

Wadium w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

zostało wniesione w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w następującej formie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Jesteśmy świadomi, że gdyby z naszej winy nie doszło do zawarcia umowy, wniesione przez nas wadium podlega przepadkowi.

Konto bankowe, na które zamawiający może dokonać zwrotu wadium wniesionego w formie pieniężnej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY – nie dotyczy**

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości \_~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~ zł, (podstawą wyliczeń jest cena całkowita podana w ofercie.)

1. Oświadczamy, że upoważniamy Zamawiającego i jego upoważnionych przedstawicieli do uzyskania informacji od osób prawnych i instytucji publicznych, do sprawdzenia prawdziwości oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji.
2. Niniejsza oferta zawiera na stronach nr od **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** do **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** informacje **stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa\*** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) w oparciu o **następujące uzasadnienie:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* JEŻELI DOTYCZY

1. Oświadczamy, że wykonawca jest:

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM/ MAŁYM LUB ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM/ DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWEM\*.**

**\*niepotrzebne skreślić**

1. **TABELA INFORMACYJNA**

*Proszę wypełnić poniższą tabelę - DANE Z TABELI ZOSTANĄ PRZEKAZANE DO DZIAŁU WIODĄCEGO W CELU REALIZACJI ZAWARTEJ UMOWY (proszę o wskazanie numerów wewnętrznych, a nie jedynie numeru centrali)*

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA WYKONAWCY |  |
| adres na jaki należy przesyłać korespondencję |  |
| dział odpowiedzialny za ralizację zamówienianr telefonunr faksuadres e-mailimię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za obsługę zamówienia |  |

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności karnej art. 233 § 1 kodeksu karnego.**

*Załączniki:*

1. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
3. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
4. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela

**Załącznik nr 3 do SWIZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne w przypadkach określających dany parametr przedmiotu zamówienia przez odniesienie, m.in. do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 PZP.**

**Przedmiot zamówienia – fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2016 r.)**

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć całą dostawę i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność do momentu odebrania przedmiotu umowy przez Personel Zamawiającego.

**Aparat do czterowymiarowej diagnostyki kręgosłupa, synchronicznego badania kręgosłupa, osi nóg i odcisku stóp do analizy ruchu z systemem do pomiaru izometrycznej siły maksymalnej mięśni kształtujących postawę ciała - 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Model/Typ urządzenia | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

**PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia Parametr graniczny/wartość** | **Parametr Oferowany (poda, opisać)** | **Zasady oceny (punktacji)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **I.** | **Multifunkcjonalny system z możliwością pomiarów sił** |
| 1. | I Klasa ochronności.  | TAK  |  |  |
| 2. | Częstotliwość pomiaru elektronicznego min. 100 Hz. | TAK (podać dane) |  |  |
| 3. | Klasyfikacja wg dyrektywy wyrobów medycznych klasa IM. | TAK (podać dane) |  |  |
| 4. | Rozdzielczość min. 100g / 1N. | TAK (podać dane) |  |  |
| 5. | Siła nominalna min. 100 kg / 1000N. | TAK (podać dane) |  |  |
| 6. | Napięcie znamionowe 230 V AC / 50 Hz. | TAK (podać dane) |  |  |
| 7. | Prąd znamionowy max. 0,02 A. | TAK (podać dane) |  |  |
| 8. | Moc max. 5 W. | TAK (podać dane) |  |  |
| 9. | Zabezpieczenie urządzenia bezpiecznikiem min. 1 szt. T 1A L 250V. | TAK (podać dane) |  |  |
| 10. | Masa max. 400 kg. | TAK (podać dane) |  |  |
| 11. | Dopuszczalna masa obciążenia pacjenta 200 kg. | TAK (podać max. obciążenie pacjenta) |  |  |
| 12. | Możliwości pomiarów “**Tułów**”: zgięcie, wyprost, prawe i lewe zgięcie boczne, prawa i lewa rotacja. | TAK |  |  |
| 13. | Możliwości pomiarów “**Nogi i ramiona**”: zgięcie lewej i prawej nogi, wyprost lewej i prawej nogi, odwodzenie i przewodzenie nogi prawej i lewej, rotacje wewnętrzna i zewnętrzna ramienia lewego i prawego. | TAK |  |  |
| 14. | Możliwości pomiarów “**Ręka**”: wyprost i zgięcie lewej i prawej ręki/łokcia. | TAK |  |  |
| 15. | Możliwości pomiarów „**Kręgosłup szyjny**”: zgięcie, wyprost, boczne zgięcie w lewo i prawo. | TAK |  |  |
| **II.** | **Multifunkcjonalny system z możliwością pomiarów synchronicznych kręgosłupa, osi nóg oraz siły rozkładu nacisku stóp** |
| 16. | Podgląd na żywo obrazu i obliczenie wyników, wraz z wydrukiem automatycznych protokołów badania. | TAK |  |  |
| 17. | Czas nagrywania pojedynczej klatki max. 20 milisekund.  | TAK (podać dane)  |  |  |
| 18. | Averaging-Modus (liczenie wartości średnich) w celu niknięcia wariancji postawy ciała podczas badania statycznego.  | TAK |  |  |
| 19. | Automatyczne wykrywanie stałych punktów anatomicznych (Landmarks) bez użycia znaczników ustawianych ręcznie w badaniu statycznym.  | TAK |  |  |
| 20. | Rekonstrukcja 3D kręgosłupa (kształtu i położenia).  | TAK  |  |  |
| 21. | Automatyczne obliczanie rotacji kręgów kręgosłupa w każdym segmencie.  | TAK |  |  |
| 22. | Automatyczne obliczanie parametrów powierzchni: Vertebra Prominens; dołeczek lędźwiowy lewy; dołeczek lędźwiowy prawy; środek pomiędzy dołeczkami lędźwiowymi; Sakrum-Punkt; Cervical Apex; Kyphose Apex; Lordose Apex; szyjno-piersiowy punkt zwrotny; piersiowo-lędźwiowy punkt zwrotny; lędźwiowo-krzyżowy punkt zwrotny; linia wyrostków kolczystych. | TAK |  |  |
| 23. | Napięcie znamionowe / prąd znamionowy 230V AC/50Hz / max. 2,5 A. | TAK (podać dane) |  |  |
| 24. | Moc max. 0.5 kW. | TAK (podać dane) |  |  |
| 25. | Wyłącznik termiczny 250V AC/50Hz, 10A (2455R) otwarty przy (open) 70°C zamknięty przy (closed) 55°C. | TAK (podać dane) |  |  |
| 26. | Zabezpieczenie urządzenia bezpiecznikiem min. 1 szt.T 5A L 250V.  | TAK (podać dane) |  |  |
| 27. | I Klasa ochronności / urządzenie stacjonarne. | TAK |  |  |
| 28. | Klasyfikacja wg dyrektywy wyrobów medycznych Klasa IM. | TAK |  |  |
| 29. | System analizujący z projektorem światła strukturalnego min. 80 linii. | TAK (podać dane) |  | - 80-100 linii - 5 pkt,- powyżej 100 linii - 10 pkt |
| 30. | Czas nagrywania pojedynczej klatki max. 20 milisekund. | TAK (podać dane) |  | - do 15 milisekund - 10 pkt- 16-20 milisekund - 5 pkt |
| **III.** | **Parametry statycznego i dynamicznego pomiaru osi nóg** |
| 31. | Ruchy miednicy. | TAK |  |  |
| 32. | Kąt w stawie kolanowym. | TAK |  |  |
| 33. | Kąt na ścięgnie Achillesa.  | TAK |  |  |
| 34. | Kąt przylegania pięty. | TAK |  |  |
| 35. | Napięcie znamionowe / prąd znamionowy 230 V AC / 50 Hz / Max. 1.9A. | TAK (podać dane) |  |  |
| 36. | Moc max. 0.5 kW. | TAK (podać dane) |  |  |
| 37. | I Klasa ochronności. | TAK |  |  |
| 38. | Klasyfikacja wg dyrektywy wyrobów medycznych Klasa IM. | TAK |  |  |
| 39. | Statyczny i dynamiczny pomiar osi nóg. | TAK |  |  |
| **IV.** | **Bieżnia** **ze zintegrowaną płytą tensometryczną** |
| 40. | Kolorowy widok stóp zapewniający szybki podgląd rozkładu ciśnienia i informacje liczbowe (przód–tył i lewo-prawo) rozkładu siły nacisku.  | TAK |  |  |
| 41. | Statyczny pomiar nacisku stóp w pozycji stojącej. | TAK |  |  |
| 42. | Badanie koordynacji oraz równowagi (stabilometria). | TAK |  |  |
| 43. | Dynamiczny pomiar nacisku stopy w trakcie ruchu wraz z rejestracją COP (środek ciężkości ciała). | TAK |  |  |
| 44. | Analiza chodu z podziałem na fazy/okresy: amortyzacji (ekscentryczne hamowanie), pełnego obciążenia, odbicia, faza przenoszenia, faza podwójnego podparcia. | TAK |  |  |
| **V.** | **Bieżnia** |  |  |  |
| 45. | Napięcie znamionowe / prąd znamionowy 230V AC/50-60Hz / max. 16 A. | TAK (podać dane) |  |  |
| 46. | Moc max. 1.8 kW. | TAK (podać dane) |  |  |
| 47. | Dopuszczalna masa obciążenia pacjenta 150 kg. | TAK (podać max. obciążenie pacjenta) |  |  |
| 48. | Waga urządzenia max. 200 kg.  | TAK (podać dane) |  |  |
| 49. | I Klasa ochronności.  | TAK (podać dane) |  |  |
| 50. | Urządzenie medyczne Typ B. | TAK (podać dane) |  |  |
| 51. | Klasyfikacja wg dyrektywy wyrobów medycznych Klasa I. | TAK (podać dane) |  |  |
| **VI.** | **Zintegrowana płyta tensometryczna** |
| 52. | Napięcie znamionowe / prąd znamionowy 100-240V AC/50/60Hz / max. 3.75 A. | TAK (podać dane) |  |  |
| 53. | Napięcie zasilania 16-18 V DC, zasilacz sieciowy. | TAK (podać dane) |  |  |
| 54. | Moc max. 60 W. | TAK (podać dane) |  |  |
| 55. | Dopuszczalna masa obciążenia pacjenta 150 kg. | TAK (podać max. obciążenie pacjenta) |  |  |
| 56. | II Klasa ochronności. | TAK |  |  |
| 57. | Urządzenie medyczne Typ B. | TAK |  |  |
| 58. | Liczba sensorów min. 5300. | TAK (podać dane) |  |  |
| 59. | Rozkład przestrzenny min. 1,4 sensora/cm². | TAK (podać dane) |  |  |
| 60. | Czułość 1-120 N/cm². | TAK (podać dane) |  |  |
| 61. | Nacisk progowy min. 1 N/cm². | TAK (podać dane) |  |  |
| 62. | Częstotliwość próbkowania min. 120 Hz. | TAK (podać dane) |  |  |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | min. 24 miesiące,**TAK (podać)**za każde kolejne 6 mce –dodatkowe 5 pkt.**(Maksymalnie 20 pkt.)** |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp. | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.  | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:a) 2 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. | 8 lat od daty dostawy |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego.W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 dostarczyć OŚWIADCZENIE PRODUCENTA. | Wskazać dokument, który zostanie dostarczony**NALEŻY ZŁOŻYĆ W DACIE URUCHOMIENIA URZĄDZENIA** |  |
| 13.  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | **NALEŻY ZŁOŻYĆ NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO** |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć do oferty HARMONOGRAM zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub załączyć do oferty pisemne OŚWIADCZENIE, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | Wskazać dokument, który zostanie dostarczony**NALEŻY ZŁOŻYĆ NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru KARTA KONTROLI. | Wskazać dokument, który zostanie dostarczony**NALEŻY ZŁOŻYĆ W DACIE URUCHOMIENIA URZĄDZENIA** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | Podać (dokument **NALEŻY ZŁOŻYĆ NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |
| --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem – proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto) **JEŻELI DOTYCZY:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis upoważnionego przedstawiciela

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2017r. poz. 211j.t. z późn. zm. oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

 (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela

**Załącznik nr 4 do SWIZ**

**Zamawiający:**

Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| *pełna nazwa/firma* | *adres* |
|  |  |
| *NIP/PESEL**w zależności od podmiotu* | *KRS/CEiDG**w zależności od podmiotu* |
|  |  |

**reprezentowany przez:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *imię, nazwisko* | *stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pt.:

ZAKUP APARATU DO CZTEROWYMIAROWEJ DIAGNOSTYKI KRĘGOSŁUPA, SYNCHRONICZNEGO BADANIA KRĘGOSŁUPA, OSI NÓG I ODCISKU STÓP DO ANALIZY RUCHU Z SYSTEMEM DO POMIARU IZOMETRYCZNEJ SIŁY MAKSYMALNEJ MIĘŚNI KSZTAŁTUJĄCYCH POSTAWĘ CIAŁA - prowadzonego przez: Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu - oświadczam, co następuje:

**I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

**2**. Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

*......................................,* dnia *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**3**. 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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ....................................................................................................... ........................................................................................................................................................

*......................................,* dnia *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

***\*PODPISAĆ WŁAŚCIWE OŚWIADCZENIE***

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

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 postępowania o udzielenie zamówienia**.

*......................................,* dnia *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:

|  |  |
| --- | --- |
| *pełna nazwa/firma* | *adres* |
|  |  |
| *NIP/PESEL**w zależności od podmiotu* | *KRS/CEiDG**w zależności od podmiotu* |
|  |  |

**nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.**

*......................................,* dnia *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**IV. 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 *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

***\*PODPISAĆ WŁAŚCIWE OŚWIADCZENIE***

**Załącznik nr 5 do SWIZ**

**Zamawiający:**

Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| *pełna nazwa/firma* | *adres* |
|  |  |
| *NIP/PESEL**w zależności od podmiotu* | *KRS/CEiDG**w zależności od podmiotu* |
|  |  |

**reprezentowany przez:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *imię, nazwisko* | *stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pt.:
ZAKUP APARATU DO CZTEROWYMIAROWEJ DIAGNOSTYKI KRĘGOSŁUPA, SYNCHRONICZNEGO BADANIA KRĘGOSŁUPA, OSI NÓG I ODCISKU STÓP DO ANALIZY RUCHU Z SYSTEMEM DO POMIARU IZOMETRYCZNEJ SIŁY MAKSYMALNEJ MIĘŚNI KSZTAŁTUJĄCYCH POSTAWĘ CIAŁA - prowadzonego przez: Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu - oświadczam, co następuje:

**I. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **PKT 5 SIWZ**

*......................................,* dnia *......................................* *...................................... \**

*(miejscowość) (podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ..........................................................................................................................................

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

polegam na zasobach następującego/ychpodmiotu/ów: ............................................................. .........................................................................., w następującym zakresie: ....................................... ......................................................................................................................... *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

*......................................,* dnia *......................................* *......................................\**

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela* **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 *......................................* *......................................*\*

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

***\*PODPISAĆ WŁAŚCIWE OŚWIADCZENIE***

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość, dnia

**Oświadczenie**

**o przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej (na podst. art. 24 ust. 11 pzp)**

Oświadczamy, że \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pełna nazwa Wykonawcy, siedziba)

**1. Nie należymy do grupy kapitałowej**

**2. Należymy do grupy kapitałowej\***

**\*niepotrzebne skreślić.**

Jeżeli Wykonawca wchodzi w skład grupy kapitałowej, wypełnia poniższą listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej lub załącza listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej na odrębnym dokumencie.

**Lista podmiotów należących do grupy kapitałowej:**

1. ...........................................................................

2. ...........................................................................

3. ...........................................................................

4. ...........................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**UWAGA:**

**W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z niniejszym świadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, ze powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.**

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość, dnia

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTÓW TRZECICH**

**DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW
 NA OKRES KORZYSTANIA Z NICH, PRZY WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA
W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Działając w imieniu:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

zobowiązuję się do oddania do dyspozycji dla Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

biorącego udział w przedmiotowym postępowaniu swoich zasobów zgodnie z treścią art. 22a ust. 2 ustawy Pzp, w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*

Jednocześnie wskazuję, iż:

1.Sposób wykorzystania w/w zasobów przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

2.Zakres i okres naszego udziału przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia, będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

**\*wypełnić wykropkowane miejsca.**

**Uwaga: Niniejsze zobowiązanie podmiotów trzecich do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia musi być złożone do oferty w oryginale.**

­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela* **Załącznik nr 8 do SIWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość, dnia

## DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE WYKONAWCY

WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH GŁÓWNYCH DOSTAW

W OKRESIE OSTATNICH TRZECH LAT PRZED UPŁYWEM TERMINU SKŁADANIA OFERT,A JEŻELI OKRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY – W TYM OKRESIE, WRAZ Z PODANIEM ICH WARTOŚCI, PRZEDMIOTU, DAT WYKONANIA I PODMIOTÓW, NA RZECZ KTÓRYCH DOSTAWY ZOSTAŁY WYKONANE\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zamawiający dla którego została zrealizowana lub jest realizowana dostawa | Przedmiot zamówienia | Data wykonania/wykonywania dostawy | Wartość zamówienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* ZAMAWIAJĄCY WYMAGA ZAŁĄCZENIA DOWODÓW OKREŚLAJĄCYCH CZY TE DOSTAWY ZOSTAŁY LUB SĄ WYKONYWANE NALEŻYCIE – PRZY CZYM DOWODAMI, O KTÓRYCH MOWA, SĄ REFERENCJE BĄDŹ INNE DOKUMENTY WYSTAWIONE PRZEZ PODMIOT, NA RZECZ KTÓREGO DOSTAWY BYŁY WYKONYWANE, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ OKRESOWYCH LUB CIĄGŁYCH SĄ WYKONYWANE, A JEŻELI Z UZASADNIONEJ PRZYCZYNY O OBIEKTYWNYM CHARAKTERZE WYKONAWCA NIE JEST W STANIE UZYSKAĆ TYCH DOKUMENTÓW - OŚWIADCZENIE WYKONAWCY; W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ OKRESOWYCH LUB CIĄGŁYCH NADAL WYKONYWANYCH REFERENCJE BĄDŹ INNE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE ICH NALEŻYTE WYKONYWANIE POWINNY BYĆ WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 3 MIESIĄCE PRZED UPŁYWEM TERMINU SKŁADANIA OFERT.

**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**PROJEKT UMOWY NR ….**

zawarta w Zgorzelcu, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pomiędzy:

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***zarejestrowanym w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pod numerem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

reprezentowany przez:

1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**
2. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

zwanym dalej **Wykonawcą**, a

***Wielospecjalistycznym Szpitalem - Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, z siedzibą 59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11/12,***

*zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000036788*

reprezentowanym przez:

**Zofię Barczyk - Dyrektora,**

zwanym dalej **Zamawiającym**.

W rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty w trybie przetargu nieograniczonego
(art. 39 i kolejne)przeprowadzonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 1579 ze zmianami), Strony postanawiają
co następuje:

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

* + 1. Przedmiotem umowy jest **zakup i dostawa aparatu do czterowymiarowej diagnostyki kręgosłupa, synchronicznego badania kręgosłupa, osi nóg i odcisku stóp do analizy ruchu z systemem do pomiaru izometrycznej siły maksymalnej mięśni kształtujących postawę ciała** w ramach projektu pn. "Zdrowe dzieci – zdrowa Europa. Wielka nauka dla małych Pacjentów. ZDZE – WiP”, realizowanego w ramach Programu Współpracy INTERREG Polska-Saksonia 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.
1. Przedmiot zamówienia został szczegółowo określony **w załączniku nr 1 (Opis przedmiotu zamówienia)** do niniejszej umowy**,** stanowiącym integralną część niniejszej umowy. Dostawa obejmuje również montaż, instalację, uruchomienie oraz instruktaż stanowiskowy personelu wskazanego przez Zamawiającego.
2. Sprzęt wymieniony w załączniku nr 1 jest:
3. wolny od wad prawnych i nie stanowią zabezpieczenia roszczeń na rzecz osób trzecich,
4. wolny od wad fizycznych, kompletne i fabrycznie nowe,
5. posiada instrukcję obsługi w języku polskim, która zostanie dostarczona Zamawiającemu
w terminie dostawy przedmiotu umowy.

**§ 2**

**MIEJSCE, TERMIN, WARUNKI REALIZACJI UMOWY**

1. Wykonawca dostarczy na własny koszt i ryzyko przedmiot umowy wymieniony w § 1 do wskazanego przez Zamawiającego pomieszczenia mieszczącego się w **Stacjonarnym Ośrodku Rehabilitacji Narządu Ruchu dla Dorosłych i Dzieci im. prof. Dr Wiktora Degi Wielospecjalistycznego Szpitala -SP ZOZ w Zgorzelcu ul. Konarskiego 5b.**
2. Przedmiot umowy pozostawiony poza wskazaną w pkt. 1 lokalizacją – uważa się za dostarczony niezgodnie z umową.
3. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji zamówienia w terminie **do 4 tygodni (28 dni)** od dnia podpisania umowy.
4. Dostawa zostanie wykonana po uprzednim uzgodnieniu daty dostawy (co najmniej na trzy dni przed planowanym terminem dostawy).

**§ 3**

**WYNAGRODZENIE**

* + 1. Wartość przedmiotu umowy określonego w § 1 strony ustalają na kwotę \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**zł** brutto, słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zgodnie z ceną podaną w **załączniku nr 2 (formularz cenowy),** stanowiącym integralną część umowy.
		2. Zamawiający zobowiązuje się do uregulowania faktury VAT za dostawę przedmiotu umowy przelewem na konto Wykonawcy, wskazane na wystawionej fakturze w comiesięcznych równych ratach z zastrzeżeniem, że:
1. rata pierwsza zostanie zapłacona w terminie do 30 dni od daty dostawy przedmiotu zamówienia potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru i prawidłowo wystawionej faktury VAT,
2. kolejne raty będą płatne do ostatniego dnia każdego miesiąca począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym przypadł termin płatności pierwszej raty
z zastrzeżeniem, że rata ostatnia zostanie zapłacona nie później niż dnia 31.08.2019 r.
	* 1. Zamawiający dopuszcza możliwość wcześniejszej spłaty należności Wykonawcy za przedmiot umowy. W takim przypadku należność końcowa zostanie pomniejszona o kwotę równą 0,22 wartości faktury za każdy miesiąc wcześniejszej spłaty.
		2. Dokumentem potwierdzającym prawidłową dostawę oraz stanowiącym podstawę wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę jest bezusterkowy protokół odbioru – sporządzony przez Wykonawcę i podpisany przez obie strony umowy.
		3. Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do faktury VAT Harmonogram spłaty zawierający ilość
		i wartość rat.
		4. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

**§ 4**

**GWARANCJA**

* + 1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości i trwałości na dostarczony przedmiot umowy na **okres \_\_\_\_ miesięcy**, licząc od dnia wykonania przedmiotu niniejszej umowy.
		2. Szczegółowe warunki udzielonej gwarancji zostały określone w **załączniku nr 3 (Warunki gwarancji i serwisu)** do niniejszej umowy oraz **karcie gwarancyjnej** przedmiotu, dostarczone przez Wykonawcę wraz z dostawa przedmiotu umowy.
		3. Po okresie gwarancji urządzenia, Wykonawca zapewni serwis pogwarancyjny i zobowiązuje się zawrzeć osobną umowę w tym celu, o ile Zamawiający wyrazi wolę zawarcia umowy na ww. usługi.
		4. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577 i następne Kodeksu Cywilnego**.**
		5. Do odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu rękojmi stosuje się przepisy kodeksu cywilnego art. 556
		i następne KC.

**§ 5**

**KARY UMOWNE – ODSETKI**

1. Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych w wysokości 0,1 % wartości **brutto** przedmiotu umowy - nie dostarczonego w terminie lub wadliwego – za każdy rozpoczęty dzień zwłoki - do dnia wykonania umowy - bez wad, (dotyczy również terminów i warunków uzgodnionych przez strony dotyczących § 4 niniejszej umowy).
2. Zamawiający zapłaci Wykonawcy odsetki ustawowe, w przypadku przekroczenia terminów wskazanych w § 3 ust. 2 niniejszej umowy.
3. Za odstąpienie od umowy z winy Strony przeciwnej – obie strony zastrzegają możliwość żądania kary umownej w wysokości 10% wartości bruttowynagrodzenia umownego brutto określonego w § 3 ust. 1**.**
4. Jeżeli kara umowna z wymienionego wyżej tytułu nie pokrywa poniesionej szkody – Strona która poniosła szkodę może dochodzić odszkodowania uzupełniającego dokumentując swoje roszczenie wyliczeniem rzeczywiście poniesionych szkód oraz ich ścisłym związkiem z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem danego zobowiązania umowy przez Stronę drugą.
5. Kara umowna lub odsetki powinny być zapłacona przez Stronę, która naruszyła postanowienie umowy, w terminie 14 dni licząc i od daty wystąpienia przez Stronę przeciwną z żądaniem zapłaty.
6. Zamawiający w razie zwłoki w zapłacie kary może pokryć należną mu kwotę z należności Wykonawcy.

**§ 6**

**ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1. Strony umowy zastrzegają prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym
w przypadku nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy – po uprzednim bezskutecznym, pisemnym wezwaniu do jej wykonania - przez stronę przeciwną. Postanowienia § 5 ust. 1 – stosuje się odpowiednio.
2. W razie wystąpienia istotnej zmiany, powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W powyższym przypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu
z tytułu wykonania części umowy.

**§ 7**

**ZMIANY UMOWY**

Strony umowy zastrzegają sobie prawo do wprowadzenia zmian umowy w formie aneksu – w przypadku zmiany danych kontrahenta (nazwy, siedziby, nr ewidencyjnego NIP, REGON, formy prawnej itd.).

**§ 8**

**CESJA WIERZYTELNOŚCI**

Zamawiający nie wyraża zgody na zbycie wierzytelności przez Wykonawcę – w żadnej formie prawnej.

**§ 9**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Do spraw nie ujętych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. Do rozstrzygania sporów mogących wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy będzie właściwy Sąd Powszechny ze względu na siedzibę Zamawiającego.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

 **Wykonawca**  **Zamawiający**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_