**Załącznik nr 1 do SIWZ**

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

**OD:**

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

 (nazwa Wykonawcy)

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

 (siedziba Wykonawcy, województwo)

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

 (tel/fax)

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

 (NIP, REGON, KRS/CEDIG)

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

**E-MAIL- DO PROWADZENIA KORESPONDENCJI ZWIĄZANEJ Z POSTĘPOWANIEM**, STRONA INTERNETOWA)

**OFERTA PRZETARGOWA**

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

**59-900 Zgorzelec**

**ul. Lubańska 11/12**

**tel. 571 334 858**

 Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na:

1. **DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BADAŃ HEMATOLOGICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORÓW, CZYTNIKA OB, KLIMATYZATORA ORAZ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BARWIENIA PREPARATÓW HEMATOLOGICZNYCH, WRAZ Z DZIERŻAWĄ URZĄDZENIA DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA PREPARATÓW**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp** | **nr pakietu**  | **kwota brutto zł** |
| 1 | Pakiet nr I |  |
| 2 | Pakiet nr II |  |

zgodnie z załącznikiem: **FORMULARZ CENOWY.**

**WARUNKI REALIZACJI**

Termin płatności - od daty wystawienia prawidłowej faktury VAT, 60 dni

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją (SIWZ) 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 (wraz z załącznikami) 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.

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. 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 \_\_\_\_\_). – JEŻELI DOTYCZY

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 WNIESIONYCH ZAPYTAŃ WYKONAWCÓW)***

PODWYKONAWSTWO

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy:

WYKONAĆ SAMODZIELNIE\* /ZLECIĆ PODWYKONAWCOM\* *\*niepotrzebne skreślić*

**CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓREJ WYKONANIE ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCY**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Części zamówienia, które zostaną powierzone podwykonawcy lub podwykonawcom, zgodnie z podziałem dokonanym przez wykonawcę | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcomwartość % | Firmy podwykonawców |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

WYKONAĆ SAMODZIELNIE\* /WYKONAĆ WSPÓLNIE\* *\*niepotrzebne skreślić*

**CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE BĘDZIE REALIZOWANE PRZEZ POSZCZEGÓLNE PODMIOTY KONSORCJUM**

*Należy wskazać nazwy poszczególnych podmiotów składających ofertę wspólną oraz części zamówienia, które będą przez nich realizowane*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| nazwy poszczególnych podmiotów | części zamówienia, których wykonanie będzie realizowane przez poszczególne podmioty konsorcjum |
|  |  |

OBOWIĄZEK PODATKOWY ZGODNIE Z ART. 91 UST. 3A USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH:

1. Oświadczamy, że 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.

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

\* Wykaz, o którym mowa powyżej:

ZOSTAŁ\* / NIE ZOSTAŁ\* załączony do oferty *\*niepotrzebne skreślić*

*(Wykaz należy załączyć do oferty – jeżeli dotyczy - na odrębnym dokumencie - wskazując dodatkowo, której pozycji asortymentowej dotyczy)*

OSOBY UPOWAŻNIONE DO KONTAKTÓW

1. Na osobę upoważnioną do kontaktów wyznaczamy:

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

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

OSOBY UPOWAŻNIONE DO PODPISANIA UMOWY

1. W przypadku wyboru naszej oferty osobami upoważnionymi do podpisywania umowy są:

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

WADIUM

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczamy, że wykonawca:

JEST\*

NIE JEST\*

mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH (RODO)**

OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW

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

\*\* 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).

TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA

1. 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 (tj. z 2018r. Dz. U. poz. 419 ze zmianami) 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 (tj. z 2018r. Dz. U. poz. 419 ze zmianami) w oparciu o następujące uzasadnienie:

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

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

\* JEŻELI DOTYCZY

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. 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 ODSYŁAĆ DOKUMENTY KORYGUJĄCE |  |
| NR TELEFONU DZIAŁU SPRZEDAŻY (GODZINY PRACY, TERMINY DYŻURÓW) |  |
| NR FAXU NA JAKI NALEŻY SKŁADAĆ ZAMÓWIENIA |  |
| NAZWISKO OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA OBSŁUGĘ ZAMÓWIENIA |  |
| ADRES NA JAKI NALEŻY SKŁADAĆ REKLAMACJE |  |
| NR TELEFONU DZIAŁU REKLAMACJI |  |
| NR FAXU DZIAŁU REKLAMACJI |  |
| ADRES E-MAIL NA KTÓRY MOŻNA WYSYŁAĆ ZAMÓWIENIA I REKLAMACJE |  |

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

*Załączniki:*

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

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

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia są:**

**DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BADAŃ HEMATOLOGICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORÓW, CZYTNIKA OB, KLIMATYZATORA ORAZ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BARWIENIA PREPARATÓW HEMATOLOGICZNYCH, WRAZ Z DZIERŻAWĄ URZĄDZENIA DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA PREPARATÓW**

**PAKIET I Cykliczne** **dostawy odczynników do badań hematologicznych wraz z dzierżawą; dwóch analizatorów hematologicznych 5-Diff z podajnikiem, czytnika OB oraz klimatyzatora.**

**PAKIET II Cykliczne** **dostawy odczynników do barwienia preparatów metodą May Grunwalda, wraz z dzierżawą urządzenia do automatycznego barwienia preparatów hematologicznych.**

1. **OFERTA MUSI ZAWIERAĆ WSZYSTKIE WYMAGANE POZYCJE W RAMACH PAKIETU.**
2. **OFEROWANY ASORTYMENT MUSI SPEŁNIĆ WSZYSTKIE WYMOGI GRANICZNE I WARUNKI REALIZACJI.**
3. BRAK OKREŚLENIA TAK (JEŻELI OFEROWANY PARAMETR JEST IDENTYCZNY Z PARAMETREM WYMAGANYM) LUB BRAK OPISU KONKRETNEGO OFEROWANEGO PARAMETRU W KOLUMNIE „PARAMETR OFEROWANY” BĘDZIE TRAKTOWANY JAKO BRAK DANEGO PARAMETRU W OFEROWANYM SPRZĘCIE LUB INNEGO WYMOGU WYMAGANEGO PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO. NIE SPEŁNIENIE KTÓRE­GOKOLWIEK Z PARAMETRÓW, SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.
4. **WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY MUSZĄ BYĆ ZŁOŻONE W JĘZYKU POLSKIM.**
5. **WSZYSTKIE POLA ZAZNACZONE KOLOREM MUSZĄ ZOSTAĆ WYPEŁNIONE.**

**PAKIET I**

### **OGÓLNE WYMOGI**

**TAB. 1 RODZAJ I ILOŚĆ WYKONYWANYCH OZNACZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oznaczenia** | **Przewidywana liczba oznaczeń na okres 36 miesięcy, warunki realizacji** |
| 1 | CBC+5-Diff  | 85 000 |
| 2 | CBC+Ret | 13 100 |
| 3 | CBC  | 109 000 |
| 4 | Kontrola wewnątrz-zewnątrz- -laboratoryjna dla oferowanych analizatorów hematologicznych. | Na tym samym materiale kontrolnym, na dwóch analizatorach w trybie automatycznym, minimum jeden raz dziennie na trzech poziomach, Wymagane jest, aby przewidziana ilość materiału kontrolnego uwzględniała dodatkowo termin ważności przed i po rekonstytucją i martwą objętość próbki. |
| 5 | Kontrola biegłości analizatorów w zakresie oceny leukocytów i ich rozdziału na 5 populacji, tj. limfocyty, granulocyty, monocyty, eozynofile i bazofile - na niezależnym materiale.  | Minimum 4 razy do roku. Wymagane jest aby sprawdzian był akredytowany. |
| 6 | Kontrola biegłości analizatorów w zakresie oceny lilości reticulocytów- na niezależnym materiale. | Minimum 4 razy do roku przez 36 m-cy. Wymagane jest aby sprawdzian był akredytowany. |
| 7 | Płyny z jam ciała  | 100 |
| 8 | Kontrola wewnątrz-laboratoryjna płynów  | Wymagane są trzy zestawy na 3 lata, na trzech poziomach. |
| 9 | OB  | 48 300 |
| 10 | Kontrola wewnątrz-laboratoryjna dla OB | Minimum jeden raz dziennie na jednym poziomie |
| 11 | Kontrola biegłości na niezależnym materiale kontrolnym obejmująca ocenę OB  | Minimum 4 razy do roku przez 36 m-cy. Wymagane jest aby sprawdzian był akredytowany |

Oferta musi zawierać pełen asortyment związany z wykonaniem badań przedstawionych w **TAB.1**, Rodzaj i ilość wykonywanych oznaczeń, wymaganym sprzętem, jak i odczynnikami niezbędnymi do ich wykonania.

### **WARUNKI DOSTAWY ANALIZATORÓW**

Termin dostawy: analizatory hematologiczne **do 28 dni kalendarzowych**, od daty podpisania umowy,

Termin dostawy: czytnik do OB  **do 70 dni kalendarzowych** od daty podpisania umowy.

 **Instalacja, walidacja , podłączenie do systemu informatycznego CENTRUM (producent firma MARCEL) oraz szkolenie pracowników nastąpi do 10 dni kalendarzowych po dostawie. Wykonanie powyższych czynności zostanie pisemnie potwierdzone protokołem.**

Minimum jedno szkolenie pracowników - w zakresie badań hematologicznych dla personelu MLD, jak również lekarzy i pielęgniarek w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, potwierdzone imiennym certyfikatem.

Data dostawy zostanie ustalona **na 10 dni** przed planowaną realizacją z kierownikiem laboratorium – Sylwia Bareła-Kaniewska tel. 571 334 959

W celu walidacji obu analizatorów hematologicznych, musi być dostarczony w ramach umowy pakiet startowy odczynników oraz jedno opakowanie materiału kontrolnego na trzech poziomach.

### **WYMOGI GRANICZNE DLA ZAOFEROWANYCH ODCZYNNIKÓW**

1. Dostawa oryginalnych odczynników dedykowanych do oferowanego sprzętu,
2. Wymagana krew kontrolna dla oferowanych analizatorów, która będzie przeznaczona do oceny morfologii i automatycznego rozmazu na trzech poziomach, to jest normy, patologii niskiej i wysokiej.
3. Wymagany jeden materiał kontrolny dla wszystkich oznaczanych parametrów hematologicznych. Udział w kontroli wewnątrz-zewnątrz-laboratoryjnej musi być potwierdzony Certyfikatem uczestnictwa w kontroli.
4. Wymagane materiały kontrolne do płynów ustrojowych i oznaczania OB na dwóch poziomach
5. Krew kontrolna do analizatorów hematologicznych i materiał do kontroli płynów ustrojowych muszą posiadać termin ważności przed rekonstytucją **minimum 2 miesiące** przy założeniu, że jest zamawiany zgodnie z terminami dostaw podanymi w **harmonogramie dostaw krwi kontrolnej dostępnym na**

**stronie internetowej** adres strony internetowej ……………………………………………………………………………

1. Termin ważności kontrolnej przed i po rekonstytucją:

Przed rekonstytucją ……………………………………………………………………………………………………………………

Po rekonstytucji …………………………………………………………………………………………………………………………

1. Materiał kontrolny do OB - termin ważności **minimum** **6 miesięcy**.
2. Jeśli zamówienie materiału kontrolnego wymaga odpowiednich uzgodnień musi być dostarczony **harmonogram dostaw**.
3. Termin ważności odczynników poza materiałem kontrolnym **nie krótszy niż** **6 miesięcy** od daty dostarczenia do Zamawiającego.

### **WARUNKI DOSTAW ODCZYNNIKÓW**

1. Termin realizacji zamówienia **do 5 dni roboczych** od daty wpłynięcia zamówienia potwierdzonego e-mail.
2. Możliwość zamówienia odczynników **CITO**, potwierdzonego e-mail, z terminem realizacji zamówienia
**do 2 dni roboczych.**

### **WYMOGI GRANICZNE DLA SERWISOWANIA ZAOFEROWANYCH ANALIZATORÓW**

### Bezpłatny autoryzowany, serwis oferowanego sprzętu w okresie trwania umowy obejmujący:

1. dojazd
2. roboczogodziny dla planowanych przeglądów serwisowych, jak również dla napraw analizatorów.
3. Przeglądy serwisowe przeprowadzone zgodne z wymogiem aparatu.
4. Ilość planowanych przeglądów w czasie trwania umowy dla oferowanych analizatorów ………………………………

**Analizatory hematologiczne**

1. Czas reakcji serwisu na awarię analizatora **do 1 h** od momentu zgłoszenia, bezpośrednio do serwisanta.
2. Czas naprawy **do 48 h**, jeśli naprawa wymaga sprowadzenia części **do 72 h.**
3. W przypadku awarii jednego analizatora - wymiany na zastępczy **do 14 dni** roboczych.
4. W przypadku awarii obu analizatorów badania będą wykonane w laboratorium wskazanym przez Zamawiającego na koszt Wykonawcy. Wymiana na analizator zastępczy **do 28 dni kalendarzowych.**
5. Wymagany jest zdalny serwis dla obu analizatorów.

Adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu.

Adres serwisu………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię serwisanta…………………………………………………………………………………………………………………….

Nr kontaktowy………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Analizator do OB**

1. Czas reakcji serwisu na awarię analizatora **do 1 h** od momentu zgłoszenia, bezpośrednio do serwisanta.
2. Czas naprawy **do 48 h**, jeśli naprawa wymaga sprowadzenia części **do 72 h**.
3. Wymiany na zastępczy **do 5 dni** roboczych.

Adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu.

Adres serwisu………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię serwisanta…………………………………………………………………………………………………………………….

Nr kontaktowy………………………………………………………………………………………………………………………………………

### **WYMOGI GRANICZNE DLA KLIMATYZATORA I JEGO SERWISOWANIA**

### Termin dostawy: **do 28 dni kalendarzowych**, od daty podpisania umowy.

### Klimatyzator fabrycznie nowy, posiadający deklarację zgodności CE

### Nazwę klimatyzatora………………………………………………………………………………………………………………………

### Producent………………………………………………………………………………………………………………………………………

### Rok produkcji…………………………………………………………………………………………………………………………………

### Wartość netto………………………………………………………………………………………………………………………………

### Wartość brutto………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Klimatyzator musi utrzymywać temperaturę pomieszczenia o powierzchni 105 m3 w granicach 22-24 oC.
2. Bezpłatny autoryzowany, serwis oferowanego sprzętu w okresie trwania umowy obejmujący:
3. dojazd,
4. roboczogodziny dla planowanych przeglądów serwisowych,
5. naprawy oferowanego klimatyzatora,
6. przeglądy serwisowe minimum dwa razy do roku.
7. Czas reakcji serwisu na uszkodzenie klimatyzatora **do 24 h** od momentu zgłoszenia serwisantowi.
8. Czas naprawy **do 72 h**, jeśli naprawa wymaga sprowadzenia części **do 3 dni roboczych.**
9. Wymiana oferowanego klimatyzatora na zastępczy **do 4 dni** roboczych.

Adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu.

Adres serwisu………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię serwisanta……………………………………………………………………………………………………………………

Nr kontaktowy………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wykonawca, lub podmiot wykonujący dostawę klimatyzatora posiada certyfikat dla przedsiębiorców prowadzących działalność polegającą na instalacji, konserwacji lub serwisowaniu urządzeń chłodniczych, klimatyzacyjnych lub pomp ciepła wskazanych odpowiednio w rozporządzeniu (WE) nr 303/2008, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 maja 2015r. o substancjach zubażających warstwę ozonową oraz niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2221 ze zmianami).
2. Personel wykonujący czynności w zakresie instalacji, kontroli szczelności, konserwacji lub serwisowania, a także naprawy i likwidacji stacjonarnych urządzeń chłodniczych, klimatyzacyjnych zawierających substancje kontrolowane oraz odzysku substancji kontrolowanych z tych urządzeń jest obowiązany do posiadania stosownych certyfikatów dla personelu - zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 maja 2015r. o substancjach zubażających warstwę ozonową oraz niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2221 ze zmianami).

### **VII. WARUNKI GRANICZNE DLA ANALIZATORÓW HEMATOLOGICZNYCH 5-DIFF Z PODAJNIKIEM**

## TAB. 2. PARAMETRY GRANICZNE DLA ANALIZATORÓW 5-DIFF Z RETICULOCYTAMI I MOŻLIWOŚCIĄ OZNACZANIA PŁYNÓW USTROJOWYCH

| **L.p.** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **PARAMETR OFEROWANY****Wypełnia Wykonawca poprzez wpisanie****TAK (jeżeli oferowany parametr jest identyczny z parametrem wymaganym) lub opis konkretnego oferowanego parametru** |
| --- | --- | --- |
|  | Dwa, analizatory hematologiczne, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2015r, kompatybilne, połączone ze sobą modułowo podajnikiem. |  |
|  | **nazwa analizatora 1**, producent, nr prod., nowy/używany .........................................................................Wartość netto: ….........................................................................Wartość brutto: …........................................................................**nazwa analizatora 2**, producent, nr prod., nowy/używany ........................................................................Wartość netto: ….........................................................................Wartość brutto:….........................................................................**nazwa podajnika**, producent, nr prod., Wartość netto: ….........................................................................Wartość brutto:…......................................................................... | podać |
|  | W przypadku zaoferowania analizatorów używanych, wykonany zostanie przegląd techniczny, który zostanie przeprowadzony maksymalnie 1 miesiąc przed dostawą.  |  |
|  | Analizatory wraz z podajnikiem, komputerem i monitorem zajmują po­wierzchnię nie większą niż 140x100 cm | podać |
|  | Dwa analizatory zintegrowane, tak aby mogły wyko­nać oznaczenia bez konieczności manualnego rozdzielenia za­dań, oznaczenia na nich wykonywane automatycznie.W przypadku awarii lub konieczności przeprowadzenia działań serwisowych, posiada możliwość pracy tylko na jednym modu­le, bez przerywania pracy.W przypadku wystąpienia błędu, system pozwola na auto­matyczne powtórzenie oznaczenia, lub wykonanie dodatkowych oznaczeń |  |
|  | Każdy analizator posiada wewnętrzny czytnik kodów kresko­wych do pracy z podajnikiem próbek i zewnętrzny czytnik ko­dów kreskowych do pracy w trybie manualnym |  |
|  | Każdy analizator posiada możliwość pracy w trybie manualnym i automatycznym z probówkami róż­nych systemów zamkniętych |  |
|  | Każdy analizator posiada automatyczne mycie sondy po każ­dym pobraniu |  |
|  | Wydajność analizatorów dla trybu otwartego i z podajnikiem - wykonanie minimum 150 oznaczeń na godzinę. Wymóg dotyczy trybu CBC, CBC+5-diff,  | podać |
|  | Jeden analizator posiada możliwość wyboru trybu pracy CBC, CBC+WBC-5Diff oraz CBC+Ret. wraz z rzeczywistą oszczęd­nością odczynników |  |
|  | Obydwa analizatory posiadają możliwość oznaczania płynu z jam ciała, maziowego i mózgowo-rdzeniowego bez dodatkowej procedury, poza tą która jest stosowana do rutynowych ozna­czeń hematologicznych, to jest posiada możliwość oznacza­nia płynów bez zastosowania dodatkowych odczynników poza tymi, które są konieczne do oznaczenia CBC+WBC-5diff. |  |
|  | Jeden z analizatorów oznacza retikulocy­ty |  |
|  | Analizatory wykonują automatyczną analizę mini­mum 30 parametrów raportowanych na wyniku w tym WBC, HGB, RBC, PLT, RET, odsetek i bezwzględną wartość neutrofili, limfocytów, monocytów, eozynofili, bazofili z próbki nie przekra­czającej 90 µl. |  |
|  | Każdy analizator oznacza ( nie wyliczać) RBC, HGB, PLT, RET, WBC.Dzieli WBC na Limfocyty, Eozynofile, Bazofile, Monocyty i Granulocyty. Rozdziela WBC na 6 populacji, metodą cytometrii przepływowej i fluorescencyjnej.Analizator posiada możliwość oceny granulocytów niedojrza­łych (IG) jako odrębnej populacji wyrażanej w wartościach bez­względnych i procentowych. |  |
|  | Analizatory posiada możliwość flagowania wyników i ich wydruków wraz z histogramami i skategramami. |  |
|  | Pomiar WBC w przypadku rozróżniania patolo­gicznych limfocytów od komórek blastycznych - oflagowany |  |
|  | RBC oznaczane metodą konduktometryczną |  |
|  | Hemoglobina oznaczana metodą bezcyjankową, fotometryczną przy wykorzystaniu siarczanu laurylu sodu.instrukcje odczynnikowe – na wezwanie |  |
|  | Automatyczny pomiar i bezpośrednie różnicowanie WBC oraz ozna­czanie Reticulocytów przeprowadzony przy za­stosowaniu technologii fluorescencyjnej cytometrii przepływo­wej z wykorzysta­niem stabilnego światła lasera półprzewodnikowego |  |
|  | Automatyczny pomiar RET musi mieć możliwość raportowania indeksu reticulocytarnego IRF oraz oznaczanie stężenia Hb w reticulocytach |  |
|  | Trombocyty oznaczane metodą konduktometryczną oraz dodatkowo metodą optyczną w oparciu o obecność kwasów nukleinowych, przynajmniej w jednym analizatorze |  |
|  | Minimalny zakres liniowości nie mniej­szy niż :* WBC - 400 x 10 3/ul
* RBC - 8,5 x106/ ul
* dla HGB - 25 g/dl,
* dla PLT - 5 000 x103/ul.
* RET - 720 x103/ ul
 | podać |
|  | Analizatory posiadają możliwość oznaczania NRBC w trybie CBC+WBC-5Diff, CBC+Ret i CBC. |  |
|  | Krew kontrolna zabezpieczona w probówkach systemu zamkniętego dostosowanych do pracy z automatycznym podaj­nikiem i obejmuje wszystkie wymagane i dostępne w da­nym analizatorze parametry. |  |
|  | Parametry krwi kontrolnej wczytywane, do pamięci analiza­tora z nośnika elektronicznego, kompatybilnego z jednostką ste­rującą. |  |
|  | Program kontroli zewnątrz-wewnątrz-laboratoryjnej z opcją po­zwalającą na łącze on-line z internetem i ocenę kontrolowanych parametrów, potwierdzonych certyfikatem |  |
|  | Kontrola biegłości- rozdział 5-częściowy leukocytów na oferowanych analizatorach, na niezależnym materiale minimum 4 razy do roku przez okres trwania umowy. Wymagane jest sprawdzian akredytowany, który obejmuje rozdział leukocyty i ich rozdział na bazofile, eozynofile, granulocyty, limfocyty i monocyty. | podać :harmonogram …………………………producent ………………………………numer kontroli ………………………… |
|  | Kontrola biegłości reticulocytów oznaczanych automatycznie na oferowanym analizatorze na niezależnym materiale, minimum 4 razy do roku przez okres trwania umowy. Wymagane jest sprawdzian akredytowany | podać :harmonogram …………………………producent ………………………………numer kontroli ………………………… |
|  | Kontrola biegłości- rozmazu krwi pod mikroskopem minimum jeden raz do roku | podać :harmonogram …………………………producent ………………………………numer kontroli ………………………… |
|  | Minimum dwa zapasowe pojemniki na odpady biologiczne. |  |

### **VIII. WYMOGI OCENIANE**

**TAB.3 WYMOGI OCENIANE DLA ANALIZATORÓW HEMATOLOGICZNYCH – wymagane załączenie dokumentów potwierdzających spełnianie poniższych wymogów do oferty**

| **L.p** | **Wymogi oceniane** | **Opis / tak / nie**  | **Ilość punktów** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Analizator posiadający graficzną informację o poziomie zużytych odczynników.  |  | TAK = 5NIE= 0 |
|  | Analizator posiadający możliwość automatycznego sczytania kodów zawierających dane o odczynniku, tj. nr serii odczynnika, data ważności, ilość. |  | TAK = 5NIE= 0 |
|  | Analizator posiadający możliwość analizy retikulocytów z podziałem na frakcje dojrzałości tj. zawartości RNA -LFR, MFR, HFR  |  | TAK = 10 NIE = 0 |
|  | Analizator posiadający dostęp do analizy flagowanych błędów bezpośrednio w oprogramowaniu analizatora. |  | TAK = 5 NIE = 0 |

Maksymalnie można zdobyć 25 punktów

### **IX ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

##### ZESTAWIENIE KOSZTÓW DLA OFEROWANYCH ANALIZATORÓW HEMATOLOGICZNYCH – ZAWARTE W FORMULARZU CENOWYCM

### **X DZIERŻAWA ANALIZATORA DO OZNACZANIA OB**

**TAB.4 WYMOGI GRANICZNE DLA ANALIZATORA DO OB**

| **Lp** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **PARAMETR OFEROWANY****Wypełnia Wykonawca poprzez wpisanie****TAK (jeżeli oferowany parametr jest identyczny z parametrem wymaganym) lub opis konkretnego oferowanego parametru** |
| --- | --- | --- |
|  | Automatyczne oznaczenie OB z próbki pierwotnej pobranej na K3EDTA, metodą kompatybilną z metodą Westergrena |  |
|  | Analizator fabrycznie nowynazwa analizatora do oznaczania OB ………………………………………Producent……………………………………………………………………………… Wartość netto: ….........................................................................Wartość brutto: …........................................................................Rok produkcji…………………………………………………………………………… | podać |
|  | zewnętrzny i wewnętrzny czytnik kodów. |  |
|  | dostawianie próbek w trakcie pracy analizatora |  |
|  | praca na próbkach pobranych do różnych probówek systemu zamkniętego |  |
|  |  Minimalna objętość próbki 2 ml krwi |  |
|  | Brak płynów reakcyjnych  |  |
|  | Czas wykonania badania dla pierwszego oznaczenia w serii nie dłuższy niż 30 minut. |  |
|  | Wyniki badania korygowane w zależności od temperatury. |  |
|  | Wynik badania automatycznie przesłany do systemu informatycznego CENTRUM (producent firma MARCEL) - dwukierunkowa komunikacja LIS |  |
|  | Wydajność aparatu minimum 25 próbek jednorazowo w czasie 30 min. | podać |
|  | Kontrola wewnątrz-laboratoryjna minimum 1 raz dziennie na dwóch poziomach. |  |

### **XI PARAMETRY OCENIANE**

##### TAB. 5 PARAMETRY OCENIANE DLA ANALIZATORA DO OB – wymagane załączenie dokumentów potwierdzających spełnianie poniższych wymogów – do oferty

| **Lp** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogu / opis** | **Ilość punktów** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Prezentacja wyników na ekranie analizatora |  | TAK = 5NIE = 0 |
| 2 | Możliwość odczytu poziomu sedymentacji krwi bezpośrednio przez naklejone etykiety na probówkę. |  | TAK = 10NIE = 0 |

Maksymalnie można zdobyć 15 punktów

### **XII ZESTAWIENIE KOSZTÓW.**

##### ZESTAWIENIE KOSZTÓW DLA OFEROWANEGO ANALIZATORA OB - ZAWARTE W FORMULARZU CENOWYCM

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

 Podpis i pieczęć Wykonawcy

**Pakiet II**

**Sukcesywne dostawy odczynników do barwienia rozmazów metodą May Grunwalda wraz z dzierżawą urządzenia do barwienia.**

### **OGÓLNE WYMOGI**

Termin dostawy urządzenia - **w terminie do 70 dni** kalendarzowych od daty podpisania umowy.

**Instalacja, walidacja , podłączenie do systemu informatycznego CENTRUM (producent firma MARCEL) oraz szkolenie pracowników nastąpi do 10 dni kalendarzowych po dostawie. Wykonanie powyższych czynności zostanie pisemnie potwierdzone protokołem.**

Minimum jedno szkolenie pracowników - w zakresie badań hematologicznych dla personelu MLD, jak również lekarzy i pielęgniarek w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, potwierdzone imiennym certyfikatem.

Data dostawy zostanie ustalona **na 10 dni** przed planowaną realizacją z kierownikiem laboratorium – Sylwia Bareła-Kaniewska tel. 571 334 959

**TAB. 1 RODZAJ I ILOŚĆ WYKONYWANYCH OZNACZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oznaczenia** | **Przewidywana liczba oznaczeń na okres 36 miesięcy, warunki realizacji** |
| Rozmazy | 6 300 |
| Kontrola biegłości na niezależnym materiale kontrolnym obejmująca manualną ocenę rozmazów krwi obwodowej | Minimum 1 raz do roku |

1. Oferta musi zawierać pełen asortyment związany z wykonaniem badań przedstawionych w **TAB.1**, Rodzaj i ilość wykonywanych oznaczeń, wymaganym sprzętem, jak i odczynnikami niezbędnymi do ich wykonania.

### **WYMOGI GRANICZNE DLA ZAOFEROWANYCH ODCZYNNIKÓW**

1. Dostawa oryginalnych odczynników dedykowanych dla oferowanego aparatu.
2. Wszystkie odczynniki zintegrowane w jednym opakowaniu, wraz z odpadami płynnymi po zakończeniu barwienia.
3. Objętość poszczególnych odczynników w zestawie pozwala na wymianę ich w jednym czasie, bez zbędnych strat.
4. Termin ważności odczynników nie krótszy niż **6 miesięcy** od daty dostarczenia do Zamawiającego, przed i po rekonstytucji.

Termin ważności ………………………………………………………………………………..………….

### **WARUNKI GRANICZNE DLA DOSTAW ODCZYNNIKÓW**

1. Termin realizacji zamówienia **do 5 dni roboczych** od daty wpłynięcia zamówienia potwierdzonego e-mail.
2. Możliwość zamówienia odczynników **CITO**, potwierdzonego e-mail, z terminem realizacji zamówienia **do 2 dni roboczych**

### **IV. WYMOGI GRANICZNE DLA SERWISOWANIA ZAOFEROWANEGO URZĄDZENIA**

### Bezpłatny autoryzowany, serwis oferowanego sprzętu w okresie trwania umowy obejmujący:

1. dojazd
2. roboczogodziny dla planowanych przeglądów serwisowych, jak również dla napraw urządzenia
3. Przeglądy serwisowe muszą być przeprowadzone zgodne z wymogiem urządzenia

 ilość planowanych przeglądów w czasie trwania umowy ……………………………………………………

1. Czas reakcji serwisu na awarię analizatora **do 2 h** od momentu zgłoszenia.
2. Czas naprawy **do 48 h**, jeśli naprawa wymaga sprowadzenia części **do 72 h**.
3. Wymiany na zastępczy **do 14 dni** roboczych.

Adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu.

Adres serwisu………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię serwisanta……………………………………………………………………………………………………………………

Nr kontaktowy………………………………………………………………………………………………………………………………………

### **DZIERŻAWA URZĄDZENIA DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA ROZMAZÓW METODĄ MAY GRUNWALDA**

**TAB.2 WYMOGI GRANICZNE DLA APARATU DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA ROZMAZÓW METODĄ MAY GRUNWALDA**

| **Lp** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogu / opis/tak** |
| --- | --- | --- |
|  | aparat automatyczny do barwienia preparatów krwi obwodowej, szpiku, płynów ustrojowych. |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy nazwa…………………………………………………………………………….Producenta………………………………………………………………………………Wartość netto: ….........................................................................Wartość brutto: …........................................................................Rok produkcji…………………………………………………………………………… | podać |
|  | aparat o wymiarach nie większych niż 50x60x30 cm (długość x szerokość x wysokość). | podać |
|  | Minimalna ilość rozmazów do barwienia – 20 na godzinę. |  |
|  |  Możliwość indywidualnie konfigurowania stosunku barwników do buforu. | podać |
|  | zapewnienie standardu wybarwienia dla każdego rozmazu. | podać |
|  | preparaty były suszone automatyczne |  |
|  | automatyczne układanie, gotowych wybarwionych preparatów do pojemnika. |  |
|  | odpady z barwienia, konfekcjonowane w wydzielonym miejscu pojemnika, który jest zintegrowany z barwnikami.  |  |

### **PARAMETRY OCENIANE**

**TAB. 3 PARAMETRY OCENIANE DLA ODCZYNNIKÓW DO BARWIENIA PREPARATÓW KRWI OBWODOWEJ I SZPIKU KOSTNEGO – wymagane załączenie dokumentów potwierdzających spełnianie poniższych wymogów – do oferty**

| **Lp** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogu / opis** | **Ilość punktów** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Możliwość barwienia powyżej 20 preparatów na godzinę  |  | 21-30 preparatów=10 pkt31-40 preparatów=25 pkt |
| 2 |  Pojedyncze barwienia każdego rozmazu |  | TAK = 15NIE = 0 |

Maksymalnie można zdobyć 40 punktów

### **ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

##### ZESTAWIENIE KOSZTÓW DLA OFEROWANEGO URZĄDZENIA– ZAWARTE W FORMULARZU CENOWYCM

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

 Podpis i pieczęć Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SIWZ**

**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.:

 **DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BADAŃ HEMATOLOGICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORÓW, CZYTNIKA OB, KLIMATYZATORA ORAZ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BARWIENIA PREPARATÓW HEMATOLOGICZNYCH, WRAZ Z DZIERŻAWĄ URZĄDZENIA DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA PREPARATÓW**  - 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 pkt 1 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: .................................................................................................................................................

*(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*

**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 SIWZ**

**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.:
**DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BADAŃ HEMATOLOGICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORÓW, CZYTNIKA OB, KLIMATYZATORA ORAZ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW DO BARWIENIA PREPARATÓW HEMATOLOGICZNYCH, WRAZ Z DZIERŻAWĄ URZĄDZENIA DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA PREPARATÓW**    - 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**

**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\* \*niepotrzebne skreślić.**

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

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

**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.**

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

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Wzór zobowiązania 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 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.**

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

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

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 ZOSTALY WYKONANE

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

**UWAGA:**

**do wykazu j.w należy załączyć dowody potwierdzające, że wskazane powyżej dostawy zostały wykonane należycie.**

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

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*

**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**UMOWA – PROJEKT**

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

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

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

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

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

**NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

reprezentowany przez:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

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**

**NIP: 615-17-06-942; REGON: 231161448,**

reprezentowanym przez:

Zofię Barczyk - Dyrektora,

zwanym dalej Zamawiającym

W rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru najkorzystniejszej oferty w trybie przetargu nieograniczonego przeprowadzonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zmianami – dalej Pzp), Strony postanawiają co następuje:

**§ 1**

* + 1. **PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem umowy są:

**1)** **dostawy odczynników do badań hematologicznych i do barwienia preparatów oraz innych materiałów niezbędnych do pracy na sprzęcie dzierżawionym od Wykonawcy z uwzględnieniem parametrów wymaganych, stanowiących Załącznik nr 1 (opis przedmiotu zamówienia, formularz cenowy,)**

2) przekazanie przez Wydzierżawiającego na rzecz Dzierżawcy - prawa do używania przedmiotu dzierżawy, tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w zamian za ustalone opłaty dzierżawne.

**-** szczegółowo określonych w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy.

**3) Przeszkolenie** pracowników Zamawiającego w zakresie oferowanego sprzętu, potwierdzone protokołem szkolenia;

**4)** Szczegółowy zakres przedmiotu umowy opisany został w SIWZ oraz ofercie Wykonawcy

2. Wykonawca zapewnia, że sprzedawane towary (i dzierżawione urządzenia) – spełniają wymagania ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 2019 poz. 175 z późn. zm.). (o ile dotyczy).

3. Wykonawca oświadcza, iż zgodnie z art. 145a pkt 2 ustawy Pzp, na dzień zawarcia umowy nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Pzp.

**§ 2**

**MIEJSCE I TERMINY REALIZACJI**

1. Wykonawca będzie dostarczał na własny koszt i ryzyko towar wymieniony **w § 1 pkt 1)** – do wskazanego pomieszczenia Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Wielospecjalistycznego Szpitala – Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, 59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11-12, **od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 do 14.00.** Towar pozostawiony poza wskazanym przez Zamawiającego pomieszczeniem uważa się za dostarczony niezgodnie z umową.
2. Realizacja umowy będzie następować sukcesywnie przez okres trwania umowy.
3. Termin realizacji poszczególnych dostaw towarów - nie może przekroczyć **5 dni roboczych**, licząc od dnia złożenia zamówienia pisemnie lub e-mailem lub **2 dni roboczych -** w przypadku zamówienia **w trybie CITO**.
4. **Minimalne dane niezbędne** do prawidłowego zamówienia odczynników to: nazwa i adres Zamawiającego, nazwa handlowa i numer katalogowy zamawianych produktów, ilość, cena i wskazanie właściwej umowy handlowej, miejsce dostawy oraz oczekiwana data dostawy.
5. **Dostarczenie towaru** oznacza również jego rozładunek wraz ze wstawieniem do pomieszczenia jak w ust. 1 niniejszego paragrafu. W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi zamówiony towar poza wskazanym pomieszczeniem, Zamawiający samodzielnie dostarczy go do wskazanego pomieszczenia na koszt Wykonawcy, czego następstwem będzie wystawienie noty obciążeniowej za wykonanie usługi transportowej w wysokości 10% wartości danego zamówienia netto.
6. W przypadku braku asortymentu umieszczonego **w załączniku nr 1**, Wykonawca zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania o tym Zamawiającego oraz zapewnienia odpowiednika w terminie jak w pkt. 3, w cenach przetargowych, po uprzednim uzgodnieniu odpowiednika z Zamawiającym.
7. Wykonawca będzie informował Zamawiającego o zmianach w realizacji zamówienia (zmiany zamówionych ilości i ustalonych terminów) – nie później niż do 2 **dni roboczych** licząc od dnia złożenia zamówienia pisemnie lub e-mailem.
8. Wykonawca jest zobowiązany do zawiadomienia Zamawiającego o każdej aktualizacji odczynników i kart charakterystyki odczynników niebezpiecznych oraz dostarczenia aktualizowanych dokumentów w formie papierowej lub elektronicznej niezwłocznie, nie później niż w terminie do **7 dni roboczych od dokonanej zmiany.**
9. W przypadku braku możliwości sprzedaży towaru objętego umową, Zamawiający będzie uprawniony do zrealizowania zamówienia u innego Wykonawcy (tzw. nabycie zastępcze) bez konieczności wyznaczania Wykonawcy dodatkowego terminu do wykonania niezrealizowanej części zamówienia, bez obowiązku nabycia od Wykonawcy towaru dostarczonego po terminie. W takim przypadku Wykonawca pokryje różnicę w cenie – przekraczającą wartość towaru określoną w umowie lub koszt badań wykonanych w innym laboratorium,
10. **Wydanie dzierżawionego sprzętu, wymienionego w § 1 pkt 2) i realizacja zamówienia nastąpi w terminie określonym w załączniku nr 1 – na koszt Wykonawcy.**
11. W przypadku dostarczenia **analizatora używanego**, wymagane jest dostarczenie aktu­alnego protokołu przeglądu technicznego analizatora, który został przeprowadzony maksymalnie 1 miesiąc przed dostarczeniem analizatora do Zamawiającego.
12. Opłata za dzierżawę analizatorów będzie naliczana dopiero po odbiorze i walidacji analizatorów i przeszkoleniu personelu laboratorium.
13. Po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta - Zamawiający ma obowiązek zwrócić przedmiot dzierżawy – w stanie nie pogorszonym (jednakże nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy będące następstwem prawidłowego używania), a Wykonawca ma obowiązek przyjąć przedmioty j/w – w terminie do 30 dni od czasu zakończenia umowy.

**§ 3**

**OKRES TRWANIA UMOWY**

Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony: **36 miesięcy** od dnia zawarcia umowy, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2.

**§ 4**

**WYNAGRODZENIE**

1. Wartość umowy strony ustalają na **kwotę \_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych brutto (wartość netto \_\_\_\_\_\_\_** **zł)**, zgodnie z cenami podanymi **w załączniku nr 1,** stanowiącym integralną część umowy.

1. Miesięczną opłatę dzierżawną Strony ustalają na kwotę \_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych brutto (wartość netto \_\_\_\_\_\_\_ **zł**), zgodnie z **załącznikiem nr 1** do Umowy.
2. Strony ustalają, że ilości towaru, wymienione w **załączniku nr 1** do umowy stanowią wartości przewidywane i w okresie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, przy jednoczesnym zachowaniu cen jednostkowych towaru i w granicach obowiązującej wartości przedmiotu umowy określonej w § 4 ust 1 umowy.
3. Umowa będzie rozliczana wartościowo brutto. Wykonawca może żądać wynagrodzenia za dostarczone towary. W przypadku nie wyczerpania przez Zamawiającego, w okresie trwania umowy, pełnego asortymentu lub ilości podanych w załączniku nr 1 lub przekroczenia ilościowego w poszczególnych pozycjach (przy nie przekroczeniu wartości całkowitej umowy brutto) – Wykonawca nie będzie miał żadnych roszczeń do Zamawiającego. Zmniejszenie wartości przedmiotu umowy nie może przekroczyć 40% wartości umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1.

**§ 5**

**WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktur za dostarczone partie towarów w terminie **60 dni,** licząc od daty prawidłowo wystawionej faktury, przelewem na konto Wykonawcy wskazane w fakturze.
2. Faktura za dzierżawę sprzętu będzie wystawiana w **ostatnim dniu każdego miesiąca dzierżawy:**
3. pierwsza płatność będzie naliczona po dostawie, zainstalowaniu i walidacji sprzętu oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego;
4. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty należności wynikających z faktur za poszczególne miesiące dzierżawy w terminie **60 dni** od wystawieniaprawidłowej faktury, przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze, zgodnie z ustaloną wysokością opłaty dzierżawnej, obowiązującą przez czas trwania umowy.

3. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

**§ 6**

**GWARANCJA DOT. ODCZYNNIKÓW**

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji na dostarczone towary na okres wskazany przez producenta, jednakże minimalny termin ważności musi wynosić **6 miesięcy** **od daty** **dostawy do Zamawiającego**.
2. Towary muszą posiadać wymagane prawem certyfikaty, atesty i dopuszczenia do stosowania. Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania na każde wezwanie dokumentów potwierdzających spełnienie powyższego wymogu. Wykonawca ma obowiązek przedstawić dokumenty w terminie **3 dni** od dnia wezwania.
3. W przypadku dostarczenia partii towaru o terminie przydatności krótszym niż wskazany w pkt 1 niniejszego paragrafu - Zamawiający zwróci odczynniki na koszt Wykonawcy, a Wykonawca zobowiązuje się bezzwłocznie (po otrzymaniu informacji od Zamawiającego) i bezpłatnie wymienić ww. - na towar z dłuższym terminem przydatności, tj. minimalny termin ważności musi wynosić **6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego.**
4. **W przypadku okresowych braków asortymentowych ze strony Wykonawcy - jeśli Wykonawca nie będzie posiadał odczynników z wymaganym terminem ważności i Zamawiający celem realizacji swych zadań - zmuszony zostanie do skorzystania z odczynnika, kalibratora lub materiału kontrolnego z datą ważności zaoferowaną przez Wykonawcę, ale nie krótszą niż 1 miesiąc - Wykonawca naliczy cenę za ten odczynnik z odpowiednim upustem cenowym (nie mniej niż 50% ceny), natomiast w terminie 14 dni przed upływem daty ważności odczynników j/w - dostarczy nowe opakowanie odczynników z datą ważności nie krótszą niż 6 miesięcy i odbierze przedmiot podlegający wymianie – korygując fakturę o ilości oznaczeń niewykorzystane przez Zamawiającego**
5. W razie stwierdzenia wad jakościowych Zamawiający zobowiązuje się zawiadomić bezzwłocznie Wykonawcę. Wykonawca zobowiązuje się rozpatrzyć reklamację (i jeżeli wada nie wynika z przyczyn leżących po stronie Zamawiającego) - wymienić reklamowany towar na wolny od wad w **terminie 3 dni roboczych** od dnia uzyskania informacji o powyższym od Zamawiającego – na swój koszt.
6. W przypadku wad ukrytych przedmiotu, a ujawnionych po jego użyciu przez Zamawiającego, Wykonawca jest obowiązany do wymiany (w miarę możliwości) zakupionego przedmiotu - na przedmiot wolny od wad **w terminie 7 dni roboczych od uzyskania pisemnej (także mailem) informacji od Zamawiającego**  oraz do naprawienia szkody, jaka z tego tytułu wynikła dla Zamawiającego
7. W przypadku pomyłki asortymentowej ze strony Zamawiającego lub Wykonawcy, Wykonawca zobowiązuje się do uwzględnienia reklamacji w terminie 7 dni od daty zwrotu towaru.
8. Jeżeli nastąpi zwrot towaru Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury korygującej w terminie do 7 dni od daty zwrotu towaru.

**§ 7**

**DZIERŻAWA SPRZĘTU**

1. Przedmiotem umowy jest przekazanie przez Wykonawcę – Zamawiającemu - prawa do używania przedmiotu dzierżawy, tj. **.......................................**, w zamian za ustalone opłaty dzierżawne.
2. Wydzierżawiający oświadcza, że jest właścicielem przedmiotów wym. w § 1 ust.2 niniejszej umowy, przedmioty j/w - są kompletne, bez wad i nie są obciążone prawami na rzecz osób trzecich oraz, że przedmioty umowy posiadają wszelkie dokumenty wymagane prawem dopuszczające go do użytkowania w placówkach służby zdrowia, jak też posiadają wszelkie wymagane prawem - certyfikaty i atesty. Dzierżawca zastrzega sobie prawo do żądania na każde wezwanie dokumentów potwierdzających spełnienie powyższego wymogu. Wydzierżawiający ma obowiązek przedstawić dokumenty w terminie **3 dni** **roboczych** od dnia wezwania
3. Przedmiot dzierżawy pozostaje przez cały czas trwania umowy własnością Wydzierżawiającego. W związku z powyższym - decyzja o ubezpieczeniu przedmiotu umowy i koszty z tym związane leżą po stronie Wydzierżawiającego. W przypadku nieubezpieczenia powyższego sprzętu – Dzierżawca nie ponosi odpowiedzialności za utratę mienia oraz szkody powstałe bez winy Dzierżawcy.
4. Przedmiot dzierżawy zostanie zainstalowany w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Wielospecjalistycznego Szpitala -SPZOZ w Zgorzelcu – w terminie **określonym w załączniku nr 1 do umowy. Termin ten obejmuje:**
5. dostawę sprzętu (potwierdzona protokołem zdawczo-odbiorczym, sporządzonym przez Wykonawcę i podpisanym przez obie strony) oraz
6. zainstalowanie sprzętu wraz z podłączeniem do systemu informatycznego CENTRUM , walidacja i przeszkoleniem personelu wyznaczonego przez Zamawiającego - zgodnie z wymaganiami Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Zamawiającego.
7. Transport sprzętu, ubezpieczenie, montaż i uruchomienie w laboratorium, dostosowanie pracowni, a także szkolenie personelu będą wykonane na koszt Wykonawcy.
8. **Wykonawca zabezpieczy wsparcie merytoryczne obsługi analizatora 24h/dobę przez okres 21 dni od wdrożenia analizatora do rutynowej pracy.**

5. Zamawiający ponosi koszty związane z utrzymaniem przedmiotu dzierżawy, w zakresie **materiałów zużywalnych** wyszczególnionych **w załączniku nr 1 do Umowy.**

6. Zamawiający będzie używał przedmiot dzierżawy w miejscu instalacji wymienionym w umowie. Zmiana lokalizacji przedmiotu dzierżawy jest możliwa jedynie po pisemnym wyrażeniu zgody przez Wykonawcę; powyższe wiąże się koniecznością dokonania ponownej instalacji i podłączenia sprzętu do systemu informatycznego przez Wykonawcę na koszt Zamawiającego**.**

7. Zamawiający zobowiązany jest używać przedmiot dzierżawy zgodnie z przeznaczeniem i instrukcjami producenta oraz utrzymywać go w stanie odpowiadającym normalnemu zużyciu eksploatacyjnemu.

8. Zamawiający nie będzie dokonywał jakichkolwiek zmian, czy przeróbek przedmiotu dzierżawy, ani usuwał, odłączał lub dołączał jakichkolwiek części bez pisemnej zgody Wykonawcy.

9. Zamawiający bez zgody Wykonawcy nie może oddać przedmiotu dzierżawy do bezpłatnego używania ani go poddzierżawiać.

10. Wykonawca ma prawo kontrolowania w każdym czasie, przez upoważnione przez siebie i uzgodnione z Zamawiającym osoby, sposobu wykorzystania i stanu przedmiotu dzierżawy oraz dokumentów z nim związanych.

11. Po zakończeniu niniejszej umowy dzierżawy Wykonawca zobowiązuje się do odebrania sprzętu dzierżawionego w terminie 30 dni lub przekazania przedmiotu dzierżawy Zamawiającemu na własność po uprzednich negocjacjach.

**§ 8**

**GWARANCJA I SERWIS**

1. Wykonawca zapewnia, że przedmiot dzierżawy:
2. odpowiada parametrom określonym w **załączniku nr 1** do Umowy przez Zamawiającego, nadto jest wolny od wad prawnych i nie stanowi zabezpieczenia roszczeń na rzecz osób trzecich oraz jest wolny od wad fizycznych i kompletny**,**
3. posiada wymagane przez Zamawiającego **dokumenty** oraz **instrukcje w języku polskim**, które zostaną dostarczone Zamawiającemu w terminie dostawy przedmiotu umowy lub na wezwanie Zamawiającemu – zgodnie z wymogami ujętymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy.
4. Koszty napraw, przeglądów i konserwacji w okresie trwania umowy dzierżawy ponosi Wykonawca (łącznie z dojazdem) - za wyjątkiem okoliczności, gdy konieczność dokonania napraw powstała z winy Zamawiającego na skutek nieprawidłowej eksploatacji przedmiotu dzierżawy, tj. gdy Zamawiający postępował niezgodnie z instrukcją obsługi aparatu lub powstały wyraźne uszkodzenia mechaniczne ze strony Zamawiającego – wówczas koszty napraw i części zamiennych pokrywa Zamawiający. Wymogi serwisowe muszą być podane w księdze serwisowej przedmiotu umowy.
5. Wykonawca udziela Zamawiającemu rękojmi na przedmiot dzierżawy na okres trwania niniejszej umowy, od daty uruchomienia przedmiotu umowy i zobowiązuje się do przeglądu przedmiotu umowy zgodnie z **instrukcją serwisową** i **harmonogramem serwisowania.**
6. Szczegółowe terminy reakcji i naprawy zostały wskazane w **załączniku nr 1** do umowy.

**Adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby** odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu, e-mail:

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

1. **Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii i czas naprawy przedmiotu umowy oraz termin dostarczenia sprzętu zastępczego (w przypadku braku możliwości naprawy) - zostały szczegółowo określone w Załączniku nr 1 do umowy.**
2. **W przypadku dostarczenia aparatu zastępczego** (na czas naprawy przedmiotu dzierżawy) – może być on używany przez Dzierżawcę przez okres **wskazany w załączniku nr 1**, od daty jego dostarczenia. W ciągu tego okresu Wydzierżawiający zobowiązuje się dostarczyć właściwy przedmiot dzierżawy (naprawiony lub inny) o takich samych parametrach jak wymieniony**.**
3. Za czas nieczynności przedmiotu dzierżawy - Wydzierżawiający pokryje koszty badań przeprowadzonych w innym laboratorium (wraz z ich transportem) lub w laboratorium Zamawiającego wykonane na innym analizatorze i odczynnikach innej firmy.
4. Wydzierżawiający zobowiązany jest do wymiany urządzenia na wolne od wad w przypadku:
5. kolejnej naprawy tego samego podzespołu w ciągu 3 miesięcy
6. lub w przypadku naprawy tej samej części - po trzeciej jej awarii.
7. W przypadku 3-krotnej naprawy tego samego urządzenia w ciągu kolejnych 3 miesięcy - Wydzierżawiający zobowiązany jest do wymiany urządzenia na nowe, o tych samych parametrach i wolne od wad.
8. W przypadku konieczności dwukrotnej wymiany aparatu na inny z powodu jego wad i usterek – Zamawiający ma prawo rozwiązać niniejszą umowę z winy Wykonawcy.
9. Wykonawca wykonujący czynności w zakresie instalacji, kontroli szczelności, konserwacji lub serwisowania, a także naprawy i likwidacji stacjonarnych urządzeń chłodniczych, klimatyzacyjnych zawierających substancje kontrolowane oraz odzysku substancji kontrolowanych z tych urządzeń jest obowiązany do posiadania stosownych certyfikatów dla personelu - zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 maja 2015r. o substancjach zubażających warstwę ozonową oraz niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2221 ze zmianami).

**§ 9**

**KARY UMOWNE**

1. Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty Zamawiającemu kary umownej za niewykonanie lub nienależyte wykonanie swoich zobowiązań umownych:
2. w wysokości 0,2% wartości umownej przedmiotu dostawy nie dostarczonej w terminie lub wadliwej – za każdy rozpoczęty dzień zwłoki - do dnia wykonania umowy - bez wad, dotyczy terminów wynikających z zapisów § 2 ust.. 3, 7, 8 oraz § 6 ust. 2, 3- 8, niniejszej umowy.
3. w wysokości 0,2% ogólnej wartości opłat dzierżawnych za okres 36 miesięcy za każdy rozpoczęty dzień zwłoki, dostawy nie dostarczonej w terminie lub wadliwej lub naruszającej postanowienia dotyczące warunków gwarancji i serwisu – dotyczy szczególnie terminów wynikających z zapisów § 2 ust. 10, 11, 12 oraz § 8 ust. 5, 6 niniejszej umowy za każdy rozpoczęty dzień zwłoki – do dnia wykonania umowy – bez wad.
4. W przypadku, gdy wynik badania nie zostanie wydany w wymaganym czasie - z powodu:
* braku dostaw z winy wykonawcy,
* niesprawnego systemu informatycznego (dotyczy również wadliwie działającego systemu oraz archiwizacji wyników oraz wyników przesyłanych drogą elektroniczną do odbiorcy zewnętrznego),
* niesprawnego przedmiotu zamówienia (np. analizatory, wirówka)

Wykonawca ponosi pełna odpowiedzialność za zaistniałą sytuację wobec osób trzecich.

1. W przypadku przekroczenia terminu płatności wskazanego w § 5 ust. 1 i 2 niniejszej umowy, Wykonawca jest uprawniony do żądania od Zamawiającego odsetek ustawowych za opóźnienia w transakcjach handlowych.
2. Za odstąpienie lub wypowiedzenie od umowy z winy Strony przeciwnej – obie Strony zastrzegają możliwość żądania kary umownej w wysokości 5% wartości umowy, o której mowa w § 4 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Jeżeli kary umowne przewidziane w niniejszej umowie nie pokrywają poniesionej szkody – Strona która poniosła szkodę może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego.
4. Kara umowna lub odsetki powinna być zapłacona przez Stronę, która naruszyła postanowienie umowy, w terminie 14 dni od daty wystąpienia przez Stronę drugą z żądaniem zapłaty. Naliczenie przez Zamawiającego kary umownej następuje przez sporządzenie noty księgowej wraz z pisemnym uzasadnieniem oraz terminem zapłaty.
5. Zamawiający w razie zwłoki w zapłacie kary może dokonać potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Wykonawcy.

**§ 10**

**CESJA WIERZYTELNOŚCI**

1. Wykonawcy nie przysługuje prawo przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy na podmiot trzeci bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, którego prawa i obowiązki dotyczą, oraz organu założycielskiego Zamawiającego. Forma pisemna dla zgody o której mowa w zdaniu poprzednim zastrzeżona jest pod rygorem nieważności.

2. Zbycie wierzytelności wynikających z umowy, dokonane z naruszeniem postanowień ustępu powyżej, jest nieważne (art. 54 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej).

**§ 11**

 **PODWYKONAWCY - jeśli dotyczy\***

* + - 1. Podwykonawca/cy zrealizuje/ją wskazany niżej zakres części zamówienia:

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

2. Wykonawca na swój koszt pełni funkcję koordynacyjną w stosunku do części zamówienia realizowanego przez jego podwykonawców.

3. Warunkiem zapłaty wynagrodzenia na rzecz Wykonawcy realizującego przedmiot umowy z udziałem podwykonawców, jest przedstawienie przez Wykonawcę Zamawiającemu dowodu zapłaty wynagrodzenia podwykonawcy.

**§ 12**

**ZMIANY UMOWY**

1. Strony umowy zastrzegają sobie prawo do wprowadzenia zmian umowy w formie aneksu, który dla swej skuteczności wymaga zachowania formy pisemnej. Zmiana może nastąpić w przypadkach określonych poniżej:
	* + 1. zmiany danych kontrahenta (nazwy, siedziby, nr ewidencyjnego NIP, REGON, formy prawnej itd.),
			2. zmiany miejsca realizacji umowy czy umówionych terminów,
			3. zamiana asortymentu na inny, np. na skutek wycofania starego i wprowadzenie nowego, o takich samych lub lepszych parametrach użytkowych (zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego i w cenie przetargowej),
			4. Wykonawcę, któremu Zamawiający udzielił zamówienia, może zastąpić nowy Wykonawca:

a) w wyniku połączenia, podziału, przekształcenia, upadłości, restrukturyzacji lub nabycia dotychczasowego Wykonawcy lub jego przedsiębiorstwa, o ile nowy Wykonawca spełnia warunki udziału w postepowaniu, nie zachodzą wobec niego podstawy wykluczenia oraz nie pociąga to za sobą innych istotnych zmian umowy,

b) w wyniku przejęcia przez Zamawiającego zobowiązań Wykonawcy względem jego podwykonawców,

* + - 1. zmiany, niezależnie od ich wartości, nie są istotne w rozumieniu ust. 1e art. 144 ustawy Pzp,
			2. łączna wartość zmian jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 i jest mniejsza od 10% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie w przypadku zamówień na usługi lub dostawy,
			3. zostały spełnione łącznie następujące warunki:
1. konieczność zmiany umowy lub umowy ramowej spowodowana jest okolicznościami, których Zamawiający, działając z należytą starannością, nie mógł przewidzieć
2. wartość zmiany nie przekracza 50% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie lub umowie ramowej.
3. Strony dopuszczają możliwość zmiany czasu obowiązywania umowy poprzez:
	1. przedłużenie czasu obowiązywania umowy – w przypadku niezrealizowania w czasie trwania umowy szacunkowej wartości umowy, określonej w § 4 ust.1 do czasu zrealizowania wartościowego pozostałej części kwoty przeznaczonej do zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy, z zastrzeżeniem, że ceny jednostkowe, w przedłużonej umowie nie mogą się różnić od cen, określonych przez Wykonawcę w **załączniku nr 1** do Umowy,
	2. skrócenie czasu obowiązywania umowy - w przypadku wyczerpania szacunkowej wartości umowy, określonej w § 4 ust.1, przed terminem zakończenia umowy, określonym w § 3.
4. Strony dopuszczają możliwość zmiany cen w przypadku:
	1. zmiany stawki podatku VAT w przypadku ustawowej zmiany wysokości tego podatku – bez konieczności dokonywania zmiany umowy – przy czym zmianie ulega cena jednostkowa brutto, przy zachowaniu ceny jednostkowej netto,
	2. okresowych obniżek cen przedmiotu zamówienia – bez konieczności dokonywania zmiany umowy. Wykonawca każdorazowo zobowiązany jest do poinformowania Zamawiającego o powyższym drogą pisemną lub e-mailem,
	3. zmian wskaźnika GUS, nie wcześniej niż przed upływem 12 miesięcy od daty obowiązywania umowy, nie częściej jednak niż 1 raz na półrocze, w przypadku gdy wskaźnik ten ulegnie zmianie o minimum 5% - po zaakceptowaniu proponowanej zmiany umowy w aneksie sporządzonym przez Wykonawcę. Cena może ulec zmianie maksymalnie do wysokości zmienionego wskaźnika,
5. Zamawiający dopuszcza możliwość ograniczenia asortymentu objętego przedmiotem umowy o pozycje, w przypadku których zakończona została produkcja (oficjalne pismo producenta o zakończonej produkcji) oraz brak jest równoważnika.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany produktu opisanego w załączniku nr 1 do umowy na jego odpowiednik – w przypadku pojawienia się na rynku odpowiednika produktu o cenie niższej niż cena produktu ujęta w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
7. Ponadto, Zamawiający dopuszcza możliwość waloryzacji wynagrodzenia umownego, w razie zmiany:
	1. wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
	2. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
	3. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych

**-** jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania przedmiotu umowy przez Wykonawcę.

1. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 każda ze stron umowy może - w terminie do 30 dni liczonych od dnia opublikowania przepisów dokonujących tych zmian - zwrócić się do drugiej strony z wnioskiem o zawarcie aneksu odpowiednio modyfikującego wynagrodzenie umowne. Wniosek ten powinien zawierać szczegółowe uzasadnienie faktyczne i prawne zawierające m.in. wyliczenie obrazujące jaki rzeczywisty wpływ na koszty wykonania zamówienia będą miały zmiany, o których mowa w ust. 6. W braku szczegółowego uzasadnienia wniosek uważany będzie za niewywołujący skutków prawnych. Zmiany wynagrodzenia zostaną ujęte w aneksie do umowy (zawartym w formie pisemnej pod rygorem nieważności) i będą obowiązywały od dnia wejścia w życie przepisów będących przyczyną waloryzacji.
2. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ustępie poprzedzającym z uchybieniem wskazanego terminu, strony będą mogły podjąć negocjacje mające na celu ustalenie kwoty, o którą zwiększone zostanie wynagrodzenie umowne, jeżeli obydwie strony wyrażą wolę podjęcia takich negocjacji, a strona wnioskująca przedstawi drugiej stronie szczegółowe uzasadnienie faktyczne i prawne proponowanej zmiany.
3. Zmiana wynagrodzenia dotyczy wyłącznie niezrealizowanej części zamówienia i jest uzależniona od wykazania wpływu tej zmiany na wartość wynagrodzenia miesięcznego.
4. Niepodpisanie aneksu do umowy w terminie 1 miesiąca od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 7 zd. 1 uprawnia stronę składającą wniosek do rozwiązania umowy z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Uprawnienie do rozwiązania umowy nie powstaje w przypadku złożenia wniosku z naruszeniem terminu, o którym mowa w ust. 7 zd. 1., lub w przypadku złożenia wniosku terminowego, lecz niezawierającego szczegółowego uzasadnienia, o którym mowa w ust. 7 zd. 2.

**§ 13**

**ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY**

1. Niniejszą umowę każda ze stron może rozwiązać z zachowaniem trybu pisemnego zawiadomienia oraz 3-miesięcznego terminu wypowiedzenia - w przypadku wystąpienia okoliczności nie przewidzianych w niniejszej umowie i uniemożliwiających lub znacznie utrudniających prawidłową realizację umowy (powyższe nie dotyczy zmiany cen jednostkowych przedmiotu zamówienia).

2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności 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 tych okolicznościach.

3. Strony umowy zastrzegają prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy – **po uprzednim pisemnym wyznaczeniu dodatkowego terminu (nie krótszego niż 3 dni robocze)**, tj. m.in.:

1. **Zamawiający** zastrzega prawo do złożenia odstąpienia od umowy ze skutkiem j/w – jeżeli Wykonawca:
2. nie wymieni zakwestionowanego towaru wadliwego w terminie jak w § 6, **za wyjątkiem okoliczności, gdy wymiana towaru nie jest uzasadniona.**
3. nie zrealizuje w terminie 3 kolejnych zamówień złożonych przez Zamawiającego,
4. nie dostarczy dokumentów dopuszczających przedmiot zamówienia do użytku w placówkach ochrony zdrowia lub innych wymaganych prawem;

**- w zakresie dzierżawy** Zamawiający zastrzega prawo do złożenia odstąpienia od umowy ze skutkiem j/w – jeżeli:

1. w chwili wydania Zamawiającemu rzecz miała wady, które uniemożliwiają przewidziane w umowie używanie rzeczy, albo jeżeli wady takie powstały później, a Wykonawca mimo otrzymanego zawiadomienia nie usunął ich w czasie odpowiednim, albo jeżeli wady usunąć się nie dadzą,
2. Wykonawca nie dostarczy dokumentów dopuszczających przedmiot zamówienia do użytku w placówkach ochrony zdrowia lub innych wymaganych prawem;
3. **Wykonawca** ma prawo do złożenia odstąpienia od umowy ze skutkiem j/w – jeżeli Zamawiający zalega z płatnościami za realizację niniejszej umowy – przez 3 kolejne okresy rozliczeniowe,

- **zaś w zakresie dzierżawy sprzętu**:

1. Zamawiający zalega z płatnościami za realizację niniejszej umowy przez dwa pełne okresy płatności kolejne okresy rozliczeniowe z zastrzeżeniem, iż Wykonawca powinien uprzedzić Zamawiającego udzielając mu w formie pisemnej dodatkowego trzymiesięcznego terminu do zapłaty zaległego czynszu,
2. Zamawiający używa rzeczy w sposób sprzeczny z umową lub z przeznaczeniem rzeczy i mimo upomnienia nie przestaje jej używać w taki sposób albo gdy rzecz zaniedbuje do tego stopnia, że zostaje ona narażona na utratę lub uszkodzenie.

4. Skorzystanie przez strony z prawa natychmiastowego rozwiązania umowy, przy spełnieniu któregokolwiek z warunków wym. w ust. 3 - skutkuje rozwiązaniem niniejszej umowy w pełnym zakresie.

5. Zamawiający może również rozwiązać umowę jeżeli zachodzi co najmniej jedna z niżej wskazanych okoliczności:

1. zmiana umowy została dokonana z naruszeniem art. 144 ust. 1-1b, 1d i 1e ustawy Pzp,
2. Wykonawca w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu z postepowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Pzp.

**§ 14**

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o charakterze organizacyjnym, ekonomicznym i technicznym mogących stanowić tajemnicę przedsiębiorstwa Zamawiającego w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.), jak również zobowiązuje się do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) oraz ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1228ze zm.), w tym w szczególności do:

a)    ochrony i zabezpieczenia danych zgodnie z wymogami ustaw,

b)    przetwarzania informacji i danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie,

c)    zachowania w tajemnicy danych osobowych pozyskanych w związku z realizacją umowy

d)    zwrotu  wszelkich  zawierających  dane  osobowe   nośników danych   przekazanych   przez Zmawiającego oraz trwałego zniszczenia wszystkich ich kopii,

e)    niezwłocznego    poinformowania    Zamawiającego    o    każdym    przypadku    naruszenia bezpieczeństwa danych.

2. Zachowanie poufności informacji, o których mowa w ust.1  obowiązuje Wykonawcę także po rozwiązaniu umowy.

3. Naruszenie obowiązku, o którym mowa w ust. 1  powoduje odpowiedzialność Wykonawcy za szkodę wyrządzoną Zamawiającemu (na zasadach wynikających z kodeksu cywilnego) oraz stanowi podstawę do rozwiązania niniejszej umowy przez Zamawiającego z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.

4. Dodatkowe postanowienia regulujące powyższe ujęte będą w „umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych” zawartej między stronami i stanowiącej załącznik do umowy j/w.

**§ 15**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

* + 1. Do spraw nie ujętych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.
		2. Do rozstrzygania sporów mogących wynikać na tle stosowania niniejszej umowy będzie właściwy dla Zamawiającego sąd powszechny.
		3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron

 **Wykonawca**  **Zamawiający**

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

**Załącznik nr 10 do SIWZ**

**dotyczy PAKIETU 1**

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCHPRZEZWYKONAWCĘDO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO, W SZCZEGÓLNOŚCI ODPOWIEDZIALNYCH ZA ŚWIADCZENIE USŁUG, KONTROLĘ JAKOŚCI, 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 INFORMACJĄ O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA TYMI OSOBAMI.**

**Oświadczamy, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imięi nazwisko | kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie i wykształcenie | informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami\* Wykonawca polega na zasobach: | zakres wykonywanych czynności | doświadczenie (wskazane w latach) |
| przynajmniej jedna osoba – pełniąca funkcję serwisanta - posiadająca **dwuletnie doświadczenie** oraz co najmniej **jedno szkolenie (potwierdzone dokumentami**) przeprowadzone przez producenta analizatorów hematologicznych |
|  |  | własnych \* innych podmiotów\* |  |  |

**Uwaga:**

Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki, podając kompletne informacje, z których wynikać będzie spełnianie warunku udziału w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

W przypadku, gdy Wykonawca będzie polegać na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, do Wykazu należy załączyć pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów w zakresie osób zdolnych do wykonania zamówienia – na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia

Warunek uznaje się za spełniony, jeżeli wykonawca przedstawi co najmniej jedną osobę spełniającą warunki oraz **załączy dokumenty potwierdzające udział w szkoleniu.**

Oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

\*niepotrzebne skreślić

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

*(miejscowość) Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela*