Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 1**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów technicznych, jakościowych i funkcjonalnych oraz warunków koniecznych do spełnienia**

**Stół do badań – uniwersalny – 1 szt.**

 **Producent ……………………………………………………………………………………….**

 **Nazwa, model, typ ………………………………………………………………………………**

 **Rok produkcji …………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  |
| 1. | Stół umożliwiający przeprowadzenie badań układu sercowo naczyniowego w tym echokardiografii, ekg, echokardiografii obciążeniowej, testu pochyleniowego  | TAK |  |
| 2 | Wymiary minimum: długość 190 cm (z ergometrem), szerokość 80cm | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja prędkości ergometru w przedziale 20-150 RPM | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja obciążenia ergometru w przedziale 10-600W | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK |  |
|  | Nośność minimum 200 kg | TAK PODAĆ |  |
|  | Wyświetlacz z prezentacją WATT, RPM, CZASU, BP, SYS, BP DIA, SPO2, HR | TAK |  |
|  | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-238 | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji w zakresie stopni i wysokości | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w regulowane siodełko dla pacjenta, regulowane podparcie bioder poziomo i poprzecznie oraz regulowane podparcie barku | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji w zakresie osi podłużnej, osi poprzecznej oraz osi łączonych | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w bloczek ułatwiający wykonującemu badanie echokardiograficzne | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w cztery koła | TAK |  |
|  | Regulacja kąta pochylenia elektryczna za pomocą pilota | TAK |  |
|  | Automatyczny system pomiaru ciśnienia i SPO2 z prezentacja na wyświetlaczu (pkt 7) | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w kompatybilne stanowisko komputerowe z drukarką oraz opro- gramowaniem z możliwością archiwizacji danych oraz wydruków zapisów badań.  | TAK |  |

**Parametry „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**Potwierdzenie spełnienia warunku należy zadeklarować poprzez „Tak” lub „Tak” i podać wartość/ opisać szczegółowo.**

Oświadczam, iż oferowane i wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do bezpośredniego użytkowania bez konieczności dokonywania żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że przedmiot dostawy będzie zgodny z powyższymi wymaganiami i opisanymi parametrami technicznymi.

…………….……. dnia ………….……. r. ………………………………………….

*(miejscowość)* *(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli*

*w imieniu Wykonawcy z uwzględnieniem zasady reprezentacji* )

 **Załącznik nr 2**

 **O F E R T A**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

 ( nazwa wykonawcy i adres)

Nr telefonu …………………………………….….

Nr faksu ……………………………………….….

E-mail……………………………………………..

NIP: ……………………………………………….

REGON...................................................................

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym nr GCR/50/ZP/2019 na „Dostawę sprzętu medycznego” po zapoznaniu się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia:

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie opisanym w SIWZ i jej załącznikach oraz spełniając wszystkie wymagania w niej określone, za cenę w wysokości:

**Stół do badań – uniwersalny – 1 szt.**

Netto : …………………………………………………………………………PLN

Podatek VAT : ………%………………………………………………………..…

Brutto : ……………………………………………………………….………..PLN

1. **Oświadczamy, że szczegółowy opis oferowanych parametrów sprzętu zawiera wypełniony *załącznik nr 1 do SIWZ*.**
2. **Oświadczamy, iż zobowiązujemy się do udzielenia Zamawiającemu, na warunkach określonych w SIWZ, …………….. - miesięcznej gwarancji i rękojmi za wady na zaoferowany sprzęt.**

W myśl art. 558 Kodeksu cywilnego, wyrażamy zgodę na ponoszenie względem Zamawiającego rozszerzonej odpowiedzialności z tytułu rękojmi za wady przedmiotu zamówienia przez cały okres trwania gwarancji.

1. **Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia w terminie ………........... dni, licząc od dnia zawarcia umowy, z zastrzeżeniem zapisów pkt. VIII SIWZ.**
	* + 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty .
			2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z całością dokumentacji przetargowej oraz warunkami umownymi zawartymi we wzorze umowy, a także dokonanymi w toku postępowania zmianami ich treści *(jeśli dotyczy).* Akceptujemy bez zastrzeżeń wszystkie warunki stawiane przez Zamawiającego oraz zobowiązujemy się do zawarcia umowy w brzmieniu określonym w *załączniku nr 9 do SIWZ* w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
			4. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2. i 3.4. SIWZ, tj.:………………………………………………………………………………………………………… dostępne są w formie elektronicznej pod ogólnodostępnym i bezpłatnym adresem internetowym:………………………………………………………………………….. …………………
			5. Wskazujemy, iż oświadczenia / dokumenty**(\*)**, o których mowa w pkt. XI ppkt. 3.2. i 3.4. SIWZ, tj.:………………………………………………………………………………………………………..

 znajdują się w posiadaniu Zamawiającego w związku z/ zostały przesłane dnia**(\*)**: …………………… ………………………………………………………………………………… oraz, że są one aktualne.

* + - 1. Oświadczamy, pod rygorem wykluczenia z postępowania, iż wszystkie informacje i dokumenty zamieszczone w naszej ofercie i załącznikach do oferty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
			2. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

a) siłami własnymi **(\*),**

b) siłami własnymi i przy pomocy następujących podwykonawców: ……………………………… ……………………………………………………………………….. *(nazwa/firma podwykonawcy/ów)* w zakresie …………………………………………………………………………… *(zakres rzeczowy)*

Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy: …………….

* + - 1. Oświadczamy, że **należymy/ nie należymy *(\*)***do grupy małych i średnich przedsiębiorstw w rozumieniu art. 7 ust.1 pkt.2 i 3 ustawy z dnia 6 marca 2018r Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018r. poz. 646 z zm.)
			2. Oświadczamy, iż wybór niniejszej oferty **będzie/ nie będzie***(\*)* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.
1. Oświadczamy, iż **zamierzam** / **nie zamierzam (\*)** skorzystać z możliwości przesłania ustrukturyzowanej faktury elektronicznej wystawianej w ramach realizacji zamówienia publicznego w rozumieniu postanowień ustawy z dnia 9 listopada 2018r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym.
	* + 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*)

 \*) W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (można dokonać usunięcia treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie, przekreślenie ).

* + - 1. Osoba/y upoważnione do kontaktów w Zamawiającym: ………………………………………………….

 ……………....................................................................................tel……………………………………….. e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

* + - 1. Osoba/y upoważnione do zawarcia w imieniu Wykonawcy umowy w sprawie udzielenia zamówienia publicznego:

- ……………………………………………………, podstawa umocowania …………………………....

- …………………………………………………….., podstawa umocowania ……………………………

1. Osoba/y odpowiedzialne za realizację zamówienia to: ………………………………………………..

 ……………....................................................................................tel……………………………………….. e-mail: ……………………………………………………………………………………………………

1. Zapłata wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy nastąpi przelewem na jego konto w banku …………………………………… nr konta………………………………………………………
2. Oferta wraz z załącznikami została złożona na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.
3. Załączniki do oferty :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. |  Nazwa dokumentu | Numer załącznika | Numer strony |
| 1 | wypełniony i zaparafowany *załącznik nr 1 do SIWZ* |  |  |
| 2 | oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania stanowiące - *załącznik nr 3 do SIWZ* |  |  |
| 3  | odpis z właściwego rejestru lub ewidencji, potwierdzający, że osoba lub osoby, które podpisały ofertę lub udzieliły pełnomocnictwa były uprawnione do reprezentowania Wykonawcy w dacie podpisania oferty lub umocowania pełnomocnika (*jeżeli dotyczy)* |  |  |
| 4 | pełnomocnictwo (ciąg pełnomocnictw), jeżeli oferta zostanie podpisana przez pełnomocnika *(jeżeli dotyczy)* |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

***(\*) niepotrzebne skreślić***

Podpisano:

…………….……. dnia ………….……. r. ………………………………………….

*(miejscowość)*

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli*

*w imieniu Wykonawcy z uwzględnieniem zasady reprezentacji* )

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 3**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

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 pn. **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust. 5 pkt 1) oraz 8) ustawy Pzp .

…………….……. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

1. 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 …………………. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**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 …………………. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**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 …………………. r.

*(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 4**

 **Zamawiający:**

**SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

**Wykonawca: ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ \*)**

**(art. 24 ust. 11 w związku z art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp)**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego pn.

**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

**W imieniu Wykonawcy :**

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

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

oświadczam, że:

1. **nie należę do tej samej grupy kapitałowej (\*)**
2. **należę do tej samej grupy kapitałowej, (\*)**

**co inny Wykonawca, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu oraz przedstawiam w załączeniu dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

\*) grupa kapitałowa w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz.U. z 2019r., poz. 369), tj. wszyscy przedsiębiorcy, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.

(\*) niepotrzebne skreślić

**W przypadku oferty składanej przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego niniejszy dokument składa każdy z Wykonawców oddzielnie.**

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 5**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

 oświadczam/y, że **nie wydano/ wydano**(\*) wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne

 *– w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji –* należy przedłożyć dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 6**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

 oświadczam/y, że **nie orzeczono/ orzeczono**(\*) wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 7**

 **Zamawiający:**

 **SP ZOZ „REPTY”**

 **Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen J. Ziętka**

 **ul. Śniadeckiego 1**

 **42-604 Tarnowskie Góry**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka*,*

oświadczam/y, że **nie zalegam/ zalegam** (\*) z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1445 z późn. zm.)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**(\*) niepotrzebne skreślić**

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Nr sprawy: **GCR/50/ZP/2019 Załącznik nr 8**

**Wykonawca:**

…………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na:**

**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

**ja, niżej podpisany** ……………………………………………………………………………………….

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

**działając w imieniu i na rzecz (nazwa/firma i adres Wykonawcy)** ………………………………….

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

wskazuję, że autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zaoferowanego sprzętu na terenie Polski, świadczy:

Nazwa firmy: …………………………………………………………………………………

Adres:…………………………………………………………………………………………

Tel/fax…………………………………………………………………………………………

e-mail …………………………………………………………………………………………

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*