**Załącznik nr 1 (Wykonawca dołączy do ofert)**

**Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego)**

**EZP/168/20– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Wykaz/opis przedmiotu zamówienia**

**Głowica przezprzełykowa kompatybilna z Vivid E95**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Parametr wymagany** | **Oferowany parametr** |
| 1 | Głowica przezprzełykowa matrycowa 2D/3D/4D, wielopłaszczyznowa, wieloczęstotliwościowa o zakresie częstotliwości obrazowania obejmującym przedział min. 3,0 -8,0 MHz | TAK |  |
| 2 | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
| 3 | Kąt pola obrazowania nie mniejszy niż 90° | TAK |  |
| 4 | Ilość kryształów tworzących obraz > 2400 | TAK |  |
| 5 | Głowica kompatybilna z posiadanym przez Szpital Echokardiografem Vivid E95 | TAK |  |
| **Opis sprzętu wymagana dokumentacja** |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej  | TAK | Dostarczyć wraz z dostawą urządzenia |
| 7 | Dokument dopuszczający do użytkowania na terenie Polski (CE, deklaracja zgodności, IVD)  | TAK | Dostarczy na żądanie Zamawiającego |
| 8 | Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych i oświadczenie o autoryzacji Producenta dla wskazanych przedstawicieli serwisowych. | TAK | Na wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy. |
| 9 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta.  | TAK | Dostarczyć wraz z dostawą urządzenia |
| **Opis sprzętu - wymagane gwarancje** |
| 10 | Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania „Protokołu instalacji i szkolenie”.  | TAK | Zgodnie z SIWZ |
| 11 | W okresie gwarancji Wykonawca  przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 12 | Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | TAK |  |
| 13 | W przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy. | TAK |  |
| 14 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
| 15 | Wykonawca udzieli 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | TAK |  |
| **Opis sprzętu - serwis** |
| 16 | Stały serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski  przez minimum 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 17 | Autoryzacja Producenta, udzielona Wykonawcy w zakresie dystrybucji, instalacji i serwisu oferowanego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 18 | Przedmiot zamówienia jest lub będzie pozbawiony wszelkich blokad, kodów serwisowych itp., które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy . | TAK |  |
| **Opis sprzętu - wymagania realizacji zamówienia** |
| 19 | Ostateczny termin dostarczenia, instalacji i bezawaryjnego rozruchu przedmiotu zamówienia do 30 dni od otrzymania zamówienia.  | TAK | Zgodnie z SIWZ |
| 20 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z dwudniowym wyprzedzeniem. | TAK |  |
| 21 | Dostawa, instalacja, uruchomienie przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania wskazanym przez Zamawiający w tym:a)    dostarczenie sprzętu wraz z wniesieniem do miejsca przeznaczenia,b)    instalacja i uruchomienie sprzętu,- po stronie Wykonawcy. | TAK |  |
| 22 | „Protokół dostawy” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | TAK |  |

**W przypadku proponowania sprzętu równoważnego konieczne podanie jego nazwy, producenta i cech (wskazany sprzęt musi spełniać wszystkie wymienione punkty specyfikacji, w przypadku braku takiego sprzętu na rynku, konieczne odpowiednie pismo w tej sprawie, dostawca musi zaproponować sprzęt o co najmniej wskazanych parametrach w specyfikacji lub wyższych).**

**W specyfikacji zostały wskazane konkretne parametry sprzętu tak aby dostarczony sprzęt współpracował z już posiadanym przez Zamawiającego sprzętem.**

**Sprzęt musi być fabrycznie nowy.**

**Załącznik nr 2**

**EZP/168/20 – (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Wykonawca:**

**……………………………..**

**……………………………..**

**……………………………..**

**(nazwa , adres siedziby/oddziału, NIP, adres email i dane kontaktowy )**

**Zamawiający**

**Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu**

**ul. Długa 1/2**

**61-848 Poznań,**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Składamy ofertę w postepowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego nr EZP/168/20**

**Przedmiot zamówienia**: **Zakup (dostawa) głowicy przezprzełykowej do VivedE95**

1. **Termin realizacji dostawy:**  max **30 dni od momentu złożenia zamówienia,**
2. **Miejsce dostaw:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, ul. Długa ½

Magazyn Ogólny

1. **Oferujemy cenę ………z podatkiem VAT i bez podatku VAT**
	1. Kwota netto (bez VAT)………………zł

Słownie …………………………………………………………………………………………

* 1. Cenę brutto (z VAT) ………………z Słownie.............................................................................................................................
	2. Stawka podatku VAT (%)....

**(Cena jednostkowa brutto - należy podać, zgodnie z załącznikiem Nr 1 do SIWZ - tabela)**

1. **Termin płatności: 60 dni**
2. **Wymagane dane do kryteriów oceny ofert**
3. **Kryterium „**termin dostawy” - **max. 30 dni od momentu otrzymania zgłoszenia:**

………. **/wpisać ilość dni/**

**W przypadku nie podania terminu Zamawiający przyjmie termin najdłuższy tj. 30 dni.**

1. **Kryterium „gwarancja”**

………. **/wpisać ilość miesięcy**

 **W przypadku nie podania okresu gwarancji, Zamawiający przyjmie termin wymagany tj. 24 miesiące .**

1. Informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego TAK\*/NIE (niepotrzebne skreślić) zgodnie z zapisami wynikającymi z art. 91 ust 3a Ustawy pzp, a więc dotyczy obowiązku podatkowego zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów.

TAK\*: …………………………………………(wskazać należy nazwę produktu/usługi i wartość)

W przypadku braku wypełnienia przedmiotowego oświadczenia Zamawiający automatycznie przyjmuje, że nie ponosi żadnych zobowiązań z tytułu opłat wynikających z obowiązku podatkowego Wykonawcy zgodnie z zapisami wynikającymi z art. 91 ust 3a Ustawy pzp.

1. Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1……………………………….. ……………………………………..

2………………………………. ………………………………………

W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
2. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
3. **Lista załączników:**

…………………………………….

Podpis i pieczątka Wykonawcy

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia**

**Załącznik nr 3 (Wykonawca dołączy do ofert)**

**EZP/168/20– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia

Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

………………………………

………………………………

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

………………………………

………………………………

(imię, nazwisko,

stanowisko/podstawa do

reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 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 pn. **zakup (dostawę) głowicy przezprzełykowej do VivedE95**

prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ.

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

 …………………………………………

 (podpis)

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

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

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

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

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

………………………………………………..

(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.

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

…………………………………………

(podpis)

**Załącznik nr 4**

**EZP/168/20– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5**

**Wykonawca:**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: data*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) głowicy przezprzełykowej do VivedE95**

INFORMACJA

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\*** (Wykonawca wskażę tylko te podmiotu z tej samej grupy kapitałowej, które złożyły ofertę na ten sam przedmiot zamówienia (w przypadku zamówienia w części na ten sam pakiet), na który złożył swoją ofertę Wykonawca składający niniejszą informację, terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5 (Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/168/20– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 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.

zakup (dostawę) **głowicy przezprzełykowej do VivedE95**

prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

 *(podpis)*

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: …………………………………………………………………………………………..

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 ………………………………………

 *(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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 ………………..…………..…………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

 *(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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 ……………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 6 (Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/168/20**– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)

**Oświadczenie Wykonawcy**

Wykonawca poda czy jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem (zaznaczyć „x” lub w inny sposób TAK albo NIE):

 TAK,

 NIE

**Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do ofert)**

**EZP/168/20 – (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) głowicy przezprzełykowej do VivedE95**

**………………….…….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaproponowany przedmiot zamówienia do obrotu, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w tym zakresie, np. **CE oraz, że w przypadku podpisania umowy dostarczę przedmiotowe dokumenty na żądanie Zamawiającego.**

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

**podpis i pieczątka Wykonawcy lub osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy**

**Załącznik nr 8 (Wykonawca dołączy do oferty)**

**EZP/168/20– (przekazać w formie pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

 **…………………………….**

 **Podpis Wykonawcy**

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

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)