**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 1 – Dostawa rzutnika optotypów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane) |
| * + - 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ………………..……. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ………………..……… |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ………………..……… |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Tablica fabrycznie nowa nie rekondycjonowana | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| * + - 1. **Rzutnik optotypów LED szt. - 1**
 |
| 1 | Rzutnik optotypów z oświetleniem LED | Tak |  |
| 2 | Sterowanie rzutnikiem za pomocą zdalnego pilota | Tak |  |
| 3 | Odległość pracy rzutnika w zakresie min.: 2,0 – 7,0 m | Tak, podać zakres | ……………………….. |
| 4 | Ilość wyświetlanych optotypów min. 40 | Tak, podać | ………………………. |
| 5 | Filtr czerwono/zielony | Tak |  |
| 6 | Powiększenie: 30x (przy odległości 5 m) | Tak |  |
| 7 | Kąt nachylenia min.: +/- 15° | Tak, podać | ………………………. |
| 8 | Waga max. 4,0 kg | Tak, podać | ……………………… |
| 9 | Zasilanie 230V, 50/60 Hz | Tak |  |
| * + - 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać | …………………….. |
| 2 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 3 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 4 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze) | Tak, podać | ……………………….. |
| 5 | b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; | Tak, podać | ………………………. |
| 6 | c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | ………………………. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty sprzedaży | Tak, podać | ………………………. |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 10 | Szkolenie użytkownika z obsługi rzutnika | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o uruchomieniu urządzenia i przeglądzie  | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 2 – Dostawa lampy szczelinowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana***(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)* |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | …………………….. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ……………….……. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | …………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | …………………….. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 1. **Lampa szczelinowa – 1 szt.**
 |
| 1 | Optyka jakości HD | Tak |  |
| 2 | Filtr barierowy zółty | Tak |  |
| 3 | Oświetlenie białe LED | Tak |  |
| 4 | Zasilacz z regulacja jasności w podstawie | Tak |  |
| 5 | Samodzielna podstawa (bez konieczności wiercenia w blacie stolika) | Tak |  |
| 6 | Mikroskop typu Haag-Streit z systemem zmiany powiększeń | Tak |  |
| 7 | Powiększenia: 6x, 10x, 16x, 25x, 40x | Tak |  |
| 8 | Okulary: 12,5x | Tak |  |
| 9 | Regulacja minimalna PD: w zakresie od 52 mm do 80 mm | Tak, podać zakres  | *……………………..* |
| 10 | Zakres regulacji okularu min.: od +8D do -8D | Tak, podać | …………...……….. |
| 11 | Szerokość szczeliny w zakresie min. : od 0 do 12 mm | Tak, podać | ……………………. |
| 12 | Długość szczeliny w zakresie min. : od 1 do 12 mm | Tak, podać | ……………………. |
| 13 | Filtry: absorbujący ciepło, bezczerwienny, kobaltowy, żółty | Tak |  |
| 14 | Adapter do tonometru apalanacyjnego typu R w komplecie | Tak |  |
| 15 | Zasilanie 230V, 50/60Hz | Tak |  |
| 16 | W zestawie stolik elektryczny z przyciskami regulacji wysokością stolika | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | …………………….. |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | a) ………………………….b) ………………………….c) ………………………….. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | …………………… |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 3 – Dostawa tonometru bezkontaktowego z pachymetrem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| **I . Wymagania ogólne** |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ………………………………. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………… |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………… |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| **II. Tonometr bezkontaktowy z pachymetrem – 1 szt.** |
| 1 | Połączenie automatycznego, bezkontaktowego tonometru i bezkontaktowego pachymetru | Tak |  |
| 2 | Pachymetria bezkontaktowa oparta o kamerę Scheimpfluga | Tak |  |
| 3 | Automatycznie regulowana siła podmuchu powietrza | Tak |  |
| 4 | Automatyczne śledzenie 3D i ustawienie ostrości | Tak |  |
| 5 | Automatyczna kompensacja wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego o grubość rogówki | Tak |  |
| 6 | Tryb pomiarowy ciśnienia: AT3D (X,Y,Z), AT2D (X,Y), MT (ręczny) | Tak |  |
| 7 | Zakres pomiarowy ciśnienia min.: od 1 do 60 mmHg | Tak, podać zakres | …………………………….. |
| 8 | Krok pomiarowy ciśnienia: 1 mmHg | Tak |  |
| 9 | Pomiar grubości rogówki | Tak |  |
| 10 | Tryb pomiaru grubości rogówki: AT3D (X,Y,Z), AT2D (X,Y), MT (ręczny) | Tak |  |
| 11 | Zakres pomiarowy grubości rogówki min.: od 300 do 1000 μm  | Tak, podać | …………………………….. |
| 12 | Krok pomiarowy grubości rogówki: 1 μm | Tak |  |
| 13 | Pamięć min. 10 wyników badań dla każdego oka | Tak, podać | ……………………………… |
| 14 | Przekątna ekranu min. 7 cali  | Tak, podać | …………………………….. |
| 15 | Ekran dotykowy, kolorowy | Tak |  |
| 16 | Wysokość podbródka regulowana elektrycznie | Tak |  |
| 17 | Przesyłanie danych pomiarowych do komputera | Tak |  |
| 18 | Wbudowana drukarka | Tak |  |
| 19 | Zasilanie 230V, 50/60 Hz | Tak |  |
| 20 | W zestawie stolik elektryczny z przyciskami regulacji wysokością stolika | Tak |  |
| **III Wymagania dodatkowe** |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | …………………………….. |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, Podać | a) …………………………b) ………………………..c) ……………………….. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | …………………………….. |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 4 – Dostawa perymetru statyczno-kinetycznego komputerowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………….. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ………………………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ………………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | …………………………. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 1. **Perymetr – 1 szt.**
 |
| 1 | Rodzaj perymetrii: statyczna i kinetyczna | Tak |  |
| 2 | Promień czaszy pomiarowej: 300 mm | Tak |  |
| 3 | Podświetlenie czaszy: - Białe 10asb (3,2 cd/m2) dla bodźca zielonego i czerwonego- Białe 31.5asb (10 cd/m2) dla bodźca białego- Żółte 100 cd/m2 dla bodźca niebieskiegoAutomatyczna regulacja jasności | Tak |  |
| 4 | Jasność bodźca: 0.03 asb do 10000 asb w 15 3dB lub 45 1dB krokach | Tak, podać | …………………………. |
| 5 | Zakres pomiarowy min.: +/- 50°  | Tak, podać | ………………………… |
| 6 | Rodzaj bodźca: Diody LED | Tak |  |
| 7 | Wielkość bodźca: Goldmann I. II. II. IV. V | Tak |  |
| 8 | Automatyczny kontrola fiksacji: cyfrowe śledzenie oka, kontrola fiksacji metodą Hejli-Krakau | Tak |  |
| 9 | Pola testowe dopasowane do specyfiki badania | Tak |  |
| 10 | Badanie skojarzone z obrazem dna oka | Tak |  |
| 11 | Krótki czas badania (możliwość przeprowadzenia badania na podstawie poprzedniego wyniku badania tego samego oka | Tak |  |
| 12 | Automatyczny pomiar źrenicy | Tak |  |
| 13 | Podbródek: sterowany elektrycznie w dwóch osiach, poziomej i pionowej | Tak |  |
| 14 | Strategie: 2 Zone, 3 Zone, Quantify Defect, Screening, Neurological, Fast Threshold, Threshold, Fastscan, Binocular, Fast Threshold Blue on Yellow, Threshold Blue on Yellow, Constant, Bi-Driving, Smart Treshold, Smart Treshold Blue on Yellow | Tak |  |
| 15 | Rodzaje testów statycznych (liczba testowanych punktów): Full 50° (165), Glaucoma 22°/50° (101),Central 30° (117), Central 22° (93), Wide 22°/30° (128), Peripheral 30° to 50° (72), Macula 10° (45), Driving 50°/80° (189) | Tak |  |
| 16 | Rodzaje testów kinetycznych: 30˚, 40˚, 50˚, 50˚/80° | Tak |  |
| 17 | Kąty meridian testów kinetycznych: 0˚ do 360˚ z krokiem 1˚ | Tak |  |
| 18 | Rodzaje prezentacji wyników badania: wzgórze widzenia, odchylenie od normy wiekowej, skala szarości, trójwymiarowe wzgórze pola widzenia | Tak |  |
| 19 | Wbudowany komputer klasy PC z monitorem | Tak |  |
| 20 | Monitor dotykowy LCD o przekątnej 19-25’’ | Tak, podać | ………………………… |
| 21 | Współpraca z drukarką podłączoną bezpośrednio do perymetru lub drukarką sieciową | Tak |  |
| 22 | Eksport danych w formacie DICOM | Tak |  |
| 23 | Automatyczna archiwizacja bazy danych | Tak |  |
| 24 | Zarządzanie użytkownikami | Tak |  |
| 25 | Samoczynna kontrola sprawności urządzenia | Tak |  |
| 26 | Zasilanie 230V, 50/60Hz | Tak |  |
| 27 | W zestawie stolik elektryczny z blatem na dwa urządzenia i przyciskami regulacji wysokością stolika | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | ………………………… |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak | a) …………………….b) …………………….c) ……………………. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | ………………………… |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.5 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 5 – Dostawa aparatu OCT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | …………………………….. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ……………………………. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ………………..…………… |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………… |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 1. **Aparat OCT – 1 szt.**
 |
| 1 | Szybkość skanowania: minimum 80 000 [Askan/sek.] | Tak |  |
| 2 | Optyczna rozdzielczość osiowa w tkance: minimum 5 [µm] | Tak, podać | ……………………………… |
| 3 | Całkowita głębokość skanowania: minimum 2,8 [mm] | Tak, podać | ……………………………… |
| 4 | Maksymalna szerokość skanowania siatkówki: minimum 15 [mm] | Tak, podać | ……………………………. |
| 5 | Maksymalna szerokość skanowania przedniego odcinka oka: minimum 18 [mm] | Tak, podać | …………………………….. |
| 6 | Zakres kompensacji wady wzroku pacjenta (regulacja ogniskowania): minimum od -25D do +25D | Tak, podać zakres | ……………………………. |
| 7 | Fiksator wewnętrzny o zmiennej wielkości z płynną regulacją położenia | Tak |  |
| 8 | Dostępność analiz siatkówki: - mapa grubości siatkówki; - mapa grubości wewnętrznych i zewnętrznych warstw siatkówki;- mapa deformacji nabłonka barwnikowego | Tak |  |
| 9 | Dostępność analiz w kierunku jaskry: - analiza grubości RNFL wokół tarczy nerwu wzrokowego z regulowaną średnicą i grubością pierścienia pomiarowego;- ocena morfologii tarczy nerwu wzrokowego;- automatyczna ocena prawdopodobieństwa uszkodzenia tarczy nerwu wzrokowego (DDLS);- analiza komórek zwojowych w postaci analizy GCC (warstwy RNFL + GCL + IP) oraz analizy GC (warstwy GCL + IPL);- analiza symetrii wszystkich powyższych parametrów dla obu gałek ocznych | Tak |  |
| 10 | Analiza przedniego odcinka oka:- mapa pachymetryczna rogówki z zaznaczeniem najcieńszego miejsca rogówki;- pomiary dwóch przeciwległych kątów przesączania na jednym tomogramie;- automatyczne wyliczanie korekcji ciśnienia wewnątrzgałkowego na podstawie centralnej grubości rogówki (AIOP) | Tak |  |
| 11 | Możliwość wykonywania kolorowych zdjęć dna oka i przedniego odcinka oka o rozdzielczości: minimum 10MPix | Tak, podać | ……………………………… |
| 12 | Oprogramowanie obsługujące urządzenie w języku polskim | Tak |  |
| 13 | Możliwość wykonania badania w trzech trybach: automatycznym, półautomatycznym (tzn. automatyczne pozycjonowanie głowicy i ręczne rozpoczęcie skanowania) i ręcznym | Tak |  |
| 14 | W zestawie z tomografem musi być dostarczony stolik z elektryczną regulacją wysokości blatu i zewnętrzny komputer sterujący tomografem oraz drukarka laserowa, kolorowa | Tak |  |
| 15 | Oprogramowanie sterujące tomografem musi umożliwiać odtwarzanie komunikatów głosowych dla pacjenta – komunikaty w języku polskim z możliwością ich wyłączenia | Tak |  |
| 16 | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym | Tak |  |
| 17 | Moduł angiografii SOCT umożliwiający wizualizację przepływu w naczyniach w splocie powierzchownym i głębokim, wykrywanie przepływu w strefie awaskularnej oraz prezentację przepływu w naczyniach naczyniówki | Tak |  |
| 18 | Maksymalny obszar obrazowania min. 9 x 9 [mm] | Tak, podać | ……………………………… |
| 19 | Zasilanie: 230V, 50/60 Hz. | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | ……………………………… |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak | a) ………………………….b) …………………………c) ………………………… |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | …………………………….. |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.6 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 6 – Dostawa autorefraktometru z keratometrem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| **I . Wymagania ogólne** |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ……………………………… |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | …………………………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| **II. Autorefraktometr z keratometrem – 1 szt.** |
| 1 | Odległość czołowa (VD): 0; 10; 12; 13,5; 15mm  | Tak |  |
| 2 | Zakres pomiaru sfery (SPH) min.: od -25,00 do +22,00D  | Tak, podać | ……………………………… |
| 3 | Zakres pomiaru cylindra (CYL) min.: od 0,00 do +/- 10,00D  | Tak, podać | ……………………………… |
| 4 | Oś (AX): od 1 do 180° | Tak |  |
| 5 | Rozstaw źrenic min.: 10-85mm  | Tak, podać | ………………………………. |
| 6 | Minimalna średnica źrenicy: 2.0mm | Tak, podać | ……………………………… |
| 7 | Promień krzywizny min.: od 5,0 do 10,2mm  | Tak, podać zakres | ……………………………… |
| 8 | Refrakcyjna moc rogówki min.: od 33,00 do 67,50D  | Tak, podać zakres | …………………………….. |
| 9 | Astygmatyzm rogówki min.: 0,00 do -15.00D  | Tak, podać zakres | …………………………….. |
| 10 | Zakres pomiaru średnicy rogówki min.: od 2,0 do 12,0mm  | Tak, podać zakres | …………………………….. |
| 11 | Pomiar krzywizny bazowej soczewki kontaktowej | Tak |  |
| 12 | Wyświetlacz: dotykowy, kolorowy, uchylny LCD o przekątnej min. 7 cali | Tak, podać | ……………………………… |
| 13 | Ruchomy podbródek regulowany elektrycznie w zakresie: max 65mm | Tak, podać | ……………………………… |
| 14 | Blokada ruchu głowicy pomiarowej i ruchu joysticka obsługiwana przy pomocy jednej ręki | Tak |  |
| 15 | Drukarka termiczna z automatyczną gilotyną | Tak |  |
| 16 | Stolik z elektryczną regulacją wysokości | Tak |  |
| **III Wymagania dodatkowe** |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | ……………………………… |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak | a) ……………………………b) ……………………………c) ………………………….. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | …………………………….. |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.7 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 7 – Dostawa drobnego sprzętu okulistycznego**

* + - 1. **Kaseta szkieł okularowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………….……………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ………………………..….………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ………………………………………… |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Kaseta szkieł fabrycznie nowa nie rekondycjonowana | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 1. **Kaseta szkieł okularowych szt. - 1**
 |
| 1 | Kaseta szkieł próbnych zawierająca 266 szkieł | Tak |  |
| 2 | Zestaw szkieł zapakowany w walizkę z możliwością wyjmowania wyściełanej kasetki | Tak |  |
| 3 | Szkła w oprawach metalowych, srebrnych, wąskich przystosowanych do perymetrii | Tak |  |
| 4 | Średnica szkła 38 mm | Tak |  |
| 5 | Szkła sferyczne: +/- 0.25D do +/- 20.00D od 0.25D do 6.00D co 0.25D, od 6.00D do 10.00D co 0.5D, od 10.00D do 16.00D co 1.00D, od 16.00D do 20.00D co 2.00D. | Tak |  |
| 6 | Szkła cylindryczne: +/- 0.25D do +/- 6.00D od 0.25D do 4.00D co 0.25D, od 4.00D do 6.00D co 0.50D. | Tak |  |
| 7 | Pryzmaty: 12 szt. (0,5x2, 1.0, 2.0, 3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0, 8.0, 9.0, 10.0)  | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać | ………………………………………… |

* + - 1. **Oprawki okularowe próbne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ……………………………………… |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | …………………………………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………………… |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………..…….. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Oprawa fabrycznie nowa nie rekondycjonowana | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK, podać | ……………………………………. |
| 1. **Oprawa próbna szt. - 1**
 |
| 1 | Oprawka próbna z regulacją dla dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 2 | Możliwość zamocowania 4 par szkieł w oprawce | Tak |  |
| 3 | Regulacja PD w zakresie 48-80 mm | Tak, podać | …………………………………….. |
| 4 | Regulowany kąt i osie oprawy | Tak |  |
| 5 | Regulacja długości zauszników i mostka oprawy | Tak |  |
| 6 | Zauszniki sprężynujące | Tak |  |
| 7 | Regulacja długości i kąta zausznika | Tak |  |
| 8 | Regulacja długości noska | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| 1 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 2 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 3 | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | …………………………………….. |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

* + - 1. **Trójlustro Goldmanna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ……………………………………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ……………………………………. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………………. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………………. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Trójlustro fabrycznie nowa nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK | ……………………………………… |
| 1. **Trójlustro Goldmanna szt. - 1**
 |
| 1 | Soczewka akrylowa z trzema lustrami do wizualizacji przedniego segmentu | Tak |  |
| 2 | Soczewka z kołnierzem | Tak |  |
| 3 | Kąt luster: 60°/66°/76° | Tak |  |
| 4 | Powiększenie: 1.06x | Tak |  |
| 5 | Powiększenie plamki: 0.94x | Tak |  |
| 6 | Odległość pracy: 15.3mm/18mm | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać | ……………………………………. |
| **4** | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

* + - 1. **Zestaw do iniekcji podspojówkowych i okołogałkowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………………… |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ……………………………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ………………………………. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Zestaw fabrycznie nowy nie rekondycjonowany | TAK |  |
| 7 | Rok produkcji 2024 | TAK  | ………………………………. |
| 1. **Zestaw do iniekcji – 1 szt.**
 |
| 1 | Zestaw czterech strzykawek jednorazowych: 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20ml. | Tak |  |
| 2 | Zestaw igieł kontowych do iniekcji o długości 22 mm i kącie 45°: 23G, 25G, 27G, 30G. | Tak |  |
| 3 | Zestaw pięciu mikropęset do chwytania spojówki, skóry powiek i rzęs: Eye Dressing, Bonaccolto, Moorfield, Fixation, Barraquer | Tak |  |
| 4 | Kaseta do przechowywania i sterylizacji z wkładką silikonową | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały zestaw min. 24 miesiące | Tak, podać | ……………………………………. |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie
art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp na „**Dostawę aparatury i sprzętu okulistycznego do SZPZLO Warszawa-Wawer”**

1. **Dane Wykonawcy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy  | ………..………………………………....……………………….….. Reprezentowany w postępowaniu przez: …………………..…….… tel. ……………………….. email ………………………………….. |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ………………..…… pod nr KRS ……………………………………………….

miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ………….............................. lub* Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ............................................... miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: …………
 |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów: e-mail, telefon |  |
|  Wykonawca jest *(należy zaznaczyć)*  | * mikroprzedsiębiorstwem,
* małym przedsiębiorstwem,
* średnim przedsiębiorstwem,
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* innym rodzajem3
 |

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wpisać dane wszystkich Wykonawców.*

1. **OFERTA WYKONAWCY**

Ja/my niżej podpisana(-ni) ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego
w postępowaniu na **Dostawę aparatury i sprzętu okulistycznego do SZPZLO Warszawa-Wawer** oznaczenie sprawy: **SZPZLO/Z-10/2024,** oferuję realizację całego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w SWZ za cenę (należy wypełnić odpowiednio dla części, w której jest składana oferta):

* + - 1. **w części nr 1 – Dostawa rzutnika optotypów:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 *(2 x 3)* | 5 | 6 | 7 (4+6) |
| 1 | Rzutnik optotypów: producent, typ, model …………………..… ………………..……  | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 2 – Dostawa lampy szczelinowej:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Lampa szczelinowa: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 3 – Dostawa tonometru bezkontaktowego z pachymetrem:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Tonometr bezkontaktowy z pachymetrem: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 4 – Dostawa perymetru statyczno-kinetycznego komputerowego:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Perymetr statyczno-kinetyczny komputerowy: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 5 – Dostawa aparatu OCT:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Aparat OCT: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 6 – Dostawa autorefraktometru z keratometrem:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Autorefraktometr z keratometrem: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 7 – Dostawa drobnego sprzętu okulistycznego:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Kaseta szkieł okularowych: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |   |   |   |   |   |
| 2 | Oprawki okularowe próbne: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Trójlustro Goldmanna: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw do iniekcji podspojówkowych i okołogałkowych:producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Razem | x |  |  |  |  |  |

**III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia
			i z projektowanymi postanowieniami umowy i oświadczam(-y), że wykonamy zamówienie
			na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego, nie wnosimy do nich zastrzeżeń. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w SWZ.
			2. Oświadczam/-my, iż aparatura i sprzęt medyczny objęty naszą ofertą, wyszczególniony powyżej posiada właściwe i odpowiednie dla klasy wyrobu medycznego dokumenty dopuszczające do ich obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z Ustawą z dn. 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974).
			3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
			4. Sytuacja finansowa naszej firmy pozwala na realizację zamówienia na warunkach określonych w SWZ.
			5. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym w SWZ.
			6. Na oferowany sprzęt medyczny oferujemy gwarancję i rękojmię na co najmniej okres wymagany w SWZ, tj. 24 msc, zgodnie z zaoferowanym okresem gwarancji w Ofercie technicznej (*wydłużenie* *gwarancji stanowi jedno z kryterium oceny ofert*).
			7. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie
			z określonymi przez Zamawiającego wymaganiami oraz przepisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia.
			8. Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
			9. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi
			w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję (-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych
			w projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących **Załącznik** **nr 4** do SWZ oraz
			w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
			10. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy PZP informuję, że wybór naszej oferty:
1. nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług\*/
2. będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w następującym zakresie\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługa których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego | Wartość bez kwoty podatku | Stawka podatku VAT, która będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |

* + - 1. Informuję(-jemy), **że zamierzamy** powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom *(należy wypełnić poniższą tabelę - jeżeli dotyczy):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Część zamówienia | Nazwa firmy podwykonawcy | Wartość brutto lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam(-y), że oferta **nie zawiera / zawiera** (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje zawarte na stronach ………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa dokumentu (pliku) utajnionego | Uzasadnienie faktyczne i prawne | Dokument (plik) potwierdzający przyczynę i ważność utajnienia /dokument załączyć do oświadczenia/ |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Nie oferujemy rozwiązań równoważnych / oferujemy rozwiązania równoważne, wyszczególnione poniżej \*

a) wymagane w SWZ ............................... oferowane ..........................................................

b) wymagane w SWZ ............................... oferowane …………………………………...

Na potwierdzenie równoważności do oferty jako załączniki stanowiące przedmiotowe środki załączam dokumenty potwierdzające powyższe, tj. ………………………………..

* + - 1. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
			2. Oświadczam (-y), że jestem (-śmy) zarejestrowanym czynnym / zwolnionym\* podatnikiem podatku VAT.
			3. Świadoma(-i) odpowiedzialności karnej oświadczam(-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
			4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: …………...……………………….

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

* + - 1. Załącznikami do oferty są:
1. ………………………………………

*Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Formularz oferty musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód) i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę (w przypadku podpisu przez osobę inną niż wynikający z KRS).*
3. *Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z art. 7 ustawy
z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz U. 2021 POZ. 162 ze zm.).*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą,*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie rt.. 275 pkt 1 ustawy Pzp na **„Dostawę aparatury i sprzętu okulistycznego do SZPZLO Warszawa-Wawer”** w imieniu:

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

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

1. **w zakresie: braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w rozdziale XII SWZ**

[ ] Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP.[[2]](#footnote-2)

**[ ]** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy PZP1

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………...…………

1. **w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** **(dalej: „ustawa UOBN”)**

**[ ]** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy UOBN1.

**[ ]** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………..… ustawy UOBN1 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy).*

**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.

*Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).*
3. *Zgodnie z art. 273 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczenie to wykonawca dołącza do oferty w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu.*

1. 1rozporządzenie 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).

\* niepotrzebne skreślić

\*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 *Podkreślić, zaznaczyć właściwe oświadczenie* [↑](#footnote-ref-2)