**Załącznik nr 1**

**Pakiet nr 1 Laryngologiczny generator RF – 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE**
 |
|  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
|  | Generator z funkcją AutoRF (automatyczna kontrola mocy wyjściowej w zależności od poziomu impedancji tkanki) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Cztery tryby pracy monopolarnej:- ciecie czyste- ciecie z hemostazą- koagulacja kontaktowa- koagulacja bezkontaktowa „spray” | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Tryb pracy bipolarnej – koagulacja precyzyjna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 5. | Moc wyjściowa dla trybów monopolarnych: - cięcie czyste: min. 80W przy impedancji nie większej niż 300Ω - cięcie z hemostazą: min. 70W przy impedancji nie większej niż 300Ω- koagulacja kontaktowa: min. 70W przy impedancji nie większej niż 250Ω- koagulacja bezkontakotowa: min: 50W przy impedancji nie większej niż 400Ω(powyżej 70W - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Moc wyjściowa dla koagulacji bipolarnej:- min. 70W przy impedancji nie większej niż 100Ω | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Generowanie prądu o częstotliwości fal radiowych, dla poszczególnych trybów:- cięcie monopolarne czyste (bez koagulacji): min. 0,90 Mhz - ciecie monopolarne z koagulacją: min. 0,70Mhz- koagulacja monopolarna kontaktowa: min. 1,20 Mhz- koagulacja monopolarna bezkontaktowa: min. 0,45Mhz- koagulacja bipolarna: min. 0,45Mhz(powyżej 0,70Mhz - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **8.** | Częstotliwość modulacji: - cięcie monopolarne z koagulacją: 58 kHz+/- 1%- koagulacji monopolarna kontaktowa: 77 kHz +/- 1%- koagulacja monopolarna bezkontaktowa: 58 kHz +/- 1% | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 9.  | Sygnalizacja akustyczna aktywacji urządzenia, natężenie dźwięku 55dB | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 10. | Urządzenie z zabezpieczeniem przed wyładowaniem podczas defibrylacji – typu BF | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 11. | Waga urządzenia do 5,5 kg | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Wyposażenie (elektrody i kable)** |  |
| 12. | Włącznik nożny z jednym przyciskiem aktywujący każdy z dostępnych trybów pracy diatermii – 1 sztuka(materiał z jakiego wykonany jest włącznik dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Kabel z uchwytem do elektrod monopolarnych o śr. trzpienia 2,4mm, z przyciskiem aktywującym wszystkie tryby monopolarne, dł. kabla 4m, kabel wraz z uchwytem wielorazowego użytku, sterylizowany w autoklawie – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Elektroda neutralna wielorazowego użytku połączona na stałe z kablem wielokrotnego użytku (dł. 4m), do sterylizacji w autoklawie – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Kabel do elektrod bipolarnych, dł. 4,5m, wielokrotnego użytku, do sterylizacji w autoklawie – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16.  | Elektroda bipolarna typu do redukcji objętości małżowin nosowych, wykonana w całości ze stali nierdzewnej, igły ułożone w pozycji wertykalnej, końcówka robocza z izolacją ochronną w dwóch grubościach, dł. Robocza 110mm, wielokrotnego użytku, część robocza zagięta w części proksymalnej, do sterylizacja w autoklawie – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Elektroda bipolarna do redukcji objętości podniebienia miękkiego, wykonana w całości ze stali nierdzewnej, igły ułożone w pozycji horyzontalnej, końcówka robocza z izolacją ochronną w dwóch grubościach, dł. Robocza 110mm, wielokrotnego użytku, część robocza zagięta w części dystalnej do sterylizacji w autoklawie – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Adapter umożliwiający podłączenie elektrod bipolarnych jednorazowego użytku – 1 sztuka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Elektroda bipolarna do redukcji małżowin nosowych zintegrowana z kablem – jednorazowego użytku – 5 sztuk | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Monopolarna elektroda igłowa do mikropreparacji, dł. całkowita 65mm, ø igły 0,3mm, ø trzpienia 2,4mm zagięcie końcówki 45o, wielokrotnego użytku do sterylizacji w autoklawie – 2 sztuki | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  |
|  | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2**

**Pakiet nr 2 System holtera EKG z czterema rejestratorami – 1 kpl.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019****System holterowski EKG 12 kanałowy z oprogramowaniem współpracujący z systemem operacyjnym Windows 10.** |
| 2. | Ocena zapisów 12-kanałowych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Edycja każdego pobudzenia, jego oceny, reklasyfikacji i pomiaru | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Automatyczne tworzenie wzorców opartych na sygnale danego badania | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Grupowanie pobudzeni – dodawanie, łączenie szablonów, wyszukiwanie pobudzeni podobnych do wybranych przez operatora w ramach poszczególnych grup templetów  | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 6. | Automatyczna reklasyfikacja pobudzeni wg poszczególnych kanałów EKG (autosortowanie wieloogniskowe VE) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Oznaczanie fragmentów EKG jako artefakt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 8. | Arytmie komorowe: tachykardie komorowe, pary, bigeminie/trigeminie, VE, R/T | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Arytmie nadkomorowe: napadowe częstoskurcze, tachykardie, bradykardie, SVE, pauzy | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10. | Zmiana czasu trwania pauz bezpośrednio w oknie przykładów zdarzeń i automatycznej analizy badania | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Odrzucenie zdarzeń nieprawidłowych pojedynczo, strony, wszystkich | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Ręczne zachowanie zdarzenia jako przykład do raportu | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 13. | Automatyczne zapamiętywanie przykładów z każdego typu zdarzeń do raportu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Szybkie przeglądanie zapisu przez stronicowanie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Ustawienie rozdzielczości 30s/wiersz i prezentacja wartości HR i ST dla każdej minuty | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Analiza migotania przedsionków: - automatyczne wykrywanie epizodów, migotania- możliwość edycji epizodów, dodawania i usuwania- możliwość oceny odstępów pomiędzy poszczególnymi pobudzeniami- możliwość szybkiej oceny zmian załamka P- możliwość usuwania pobudzeń nadkomorowych z okresów migotania- możliwość zmiany pobudzeń komorowych na zeberrowane | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Analiza alternansu załamka T:24 godzinny histogram amplitudy załamka T | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Pomiar amplitudy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Możliwość ustawienia parametrów analizy (ilość ewolucji, różnica amplitudy) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Zabezpieczenie rejestratora przed możliwością przeprogramowania przez pacjenta | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Analiza zmienności rytmu zatokowego w dziedzinie czasu i częstotliwości:- zmiana progów częstotliwościowych- tabelaryczna prezentacja wartości statystycznych w odstępach 5 minutowych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Analiza QT: - prezentacja trendów QT i QTc z podaniem wartości- informacja o maksymalnych wartościach QT i QTc wraz z czasem wystąpienia- wartość statystyczne QTc-prezentacja markerów pomiarowych dla analizy QT na zapisie EKG- dyspersja QT dla zapisów 12 kanałowych. Możliwość wyboru wstęgi doprowadzeni do analizy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Analiza późnych potencjałów w dziedzinie czasu i częstotliwości, wybór zespołów QRS do analizy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Prezentacja w formie tabeli istotnych zdarzeń EKG np. HR, ST arytmie. Opcja przejścia do zapisu EKG.30 | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Tworzenie raportów w oparciu o szablony zdefiniowane przez użytkownika | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Rejestrator holterowski EKG 12 kanałowy – 4 sztuki** |  |
| 26. | Rejestrator cyfrowy z zapisem 12 kanałowym | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 27. | Rejestracja cyfrowa 12 kanałów z zapisem minimum 2 dni (powyżej 2 dni - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 28. | Zapis w pamięci wewnętrznej (stałej) rejestratora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 29. | Rejestracja 3 kan. EKG z 4 elektrod i 12 kan. z 10 elektrod | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 30. | Ekranowanie kabla pacjenta | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 31. | CMRR > 60dB | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 32. | Wbudowany przycisk EVENT dla pacjenta | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 33. | Do każdego rejestratora kompatybilna torba wielorazowa | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 34. | 100 sztuk torebek jednorazowych do rejestratorów | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3**

**Pakiet nr 3 Wirówka laboratoryjna – 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
|  **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, gotowe do eksploatacji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Stołowa wirówka laboratoryjna z chłodzeniem (temperatura + 4 stopnie przy maksymalnym obciążeniu) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 4. | Wirnik horyzontalny | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | W zestawie 4 pojemniki, 4 wkłady redukcyjne na probówki 15ml i 10ml. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Obroty regulowane w zakresie 100 do 4000 obrotów na minutę | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Maksymalne przyspieszenie 3000g | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Tryb pracy ciągłej | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Tryb krótkiego wirowania | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10**.** | Blokada uruchomienia wirówki z otwartą pokrywą  | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Blokada otwarcia pokrywy podczas pracy urządzenia | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Sygnalizacja niewyważenia | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2019 r.

…………………………………………

 Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: ………………………………………………................................……………………………

Siedziba: ……………………………………………………....................................……………………

REGON: ……………………………….............. NIP: …………………………......................………

Tel: . ………………………………..............… Fax: ……………….....................…………………….

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: …………………...……………………………………..…

Tel:............................................................. e-mail: **………………………………………………….**

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………………………….

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

## PAKIET Nr 1

Cena bez podatku VAT za 1 kpl. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 kpl.** .………………….……… zł

Słownie: …………………………..………………………………………………………………………...........zł

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „KOAGULACJA KONTAKTOWA”**

 **\*\*** **TAK/NIE**

**3/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „CIĘCIE MONOPOLARNE Z KOAGULACJĄ”**

 **\*\*TAK / NIE**

**4/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „WŁĄCZNIK”**

 **\*\*Z PLASTIKU / Z METALU
*\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić****\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

## PAKIET Nr 2

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 szt.** .………………….……… zł

Słownie: …………………………..………………………………………………………………………...........zł

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ)**

 **\*\* 3-5 dni / 6-7 dni**

\* kryterium podlegające ocenie (punktowane), należy wypełnić
\*\* kryterium podlegające ocenie (punktowane), niewłaściwe wykreślić

## PAKIET Nr 3

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 szt.** .………………….……… zł

Słownie: …………………………..………………………………………………………………………...........zł

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „KOMORA WIRÓWKI”**

 **\*\*TAK / NIE**

**3/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „BEZOBSŁUGOWY SILNIK”**

 **\*\*TAK / NIE**

***\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić****\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

 TAK / NIE \*

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia**\*: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..\*\*
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 7 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_ roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***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. *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ
MEDYCZNYCH I WIRÓWKI LABORATORYJNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA URZĄDZEŃ
MEDYCZNYCH I WIRÓWKI LABORATORYJNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

 …………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

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.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***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. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ
MEDYCZNYCH I WIRÓWKI LABORATORYJNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH I WIRÓWKI LABORATORYJNEJ*”***  prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019r.

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

 (Czytelny podpis i pieczątka Wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*