*Załącznik nr 1 do SWZ*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest nowy aparat do automatycznych barwień histochemicznych na materiale tkankowym i cytologicznym oraz zestaw do wykonywania oznaczeń metodą histochemiczną wraz ze wszystkimi niezbędnymi odczynnikami, akcesoriami i materiałami zużywalnymi, kompatybilnymi z oferowanym systemem do wykonywania barwień w Zakładzie Patomorfologii na okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***PODATEK VAT*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT ORAZ NUMER KATALOGOWY*** |
| ***1.*** | Aparat do automatycznych barwień histochemicznych | **szt.** | **1** |  |  |  |  |
| ***2.*** | Zestaw do wykonywania oznaczeń metodą histochemioczną wraz z odczynnikami, akcesoriami i materiałami zużywalnymi kompatybilnymi z oferowanym systemem do wykonywania barwień histochemicznych na okres 24 miesięcy | **zestaw** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM: (poz. 1 i poz. 2)** | | | |  |  |  |  |

**Wyszczególnienie do poz. nr 2 – zestaw do wykonywania oznaczeń metodą histochemioczną wraz z odczynnikami, akcesoriami i materiałami zużywalnymi kompatybilnymi z oferowanym systemem do wykonywania barwień histochemicznych na okres 24 miesięcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Wielkość opakowania | Cena netto | Cena brutto | Ilość opakowań | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
| 2.1 | Odczynnik do odparafinowania i uwadniania. | Opakowanie 115ml/100 testów |  |  | 2 |  |  |  |
| 2.2 | Bufor do przepłukiwania (koncentrat x50). | Opakowanie 4 x 200ml |  |  | 3 |  |  |  |
| 2.3 | Szkiełka podstawowe o podwyższonej adhezyjności. | Opakowanie 5 x 100 szkiełek |  |  | 2 |  |  |  |
| 2.4 | Etykiety do szkiełek. | Opakowanie 1500 etykiet |  |  | 1 |  |  |  |
| 2.5 | Zestaw do konserwacji systemu do barwienia. | Opakowanie 100ml wystarcza na co najmniej 33 protokoły obserwacji. |  |  | 6 |  |  |  |
| 2.6 | Szkiełka nakrywkowe. | Opakowanie 1000 szkiełek. |  |  | 1 |  |  |  |
| 2.7 | Medium do zamykania o niskiej lepkości. | Opakowanie 473ml gotowego odczynnika na co najmniej 6000 preparatów. |  |  | 1 |  |  |  |
| 2.8 | Zestaw barwiący. | Opakowanie 50 oznaczeń. |  |  | 20 |  |  |  |
| SUMA poz. 2.1-2.8 | | | | | |  |  |  |

**Ad. poz. 1**

**Parametry techniczne aparatu do automatycznych barwień histochemicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **NAZWA PARAMETRU** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ**  **OFEROWANA** |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nie starszy niż z 2022 roku | Tak, podać rok |  |
|  | Aparat do automatycznych barwień histochemicznych, zapewniający etapy podgrzewania preparatu po skrojeniu, bezksylenowe odparafinowanie oraz barwienie na pokładzie urządzenia | Tak |  |
|  | Aparat nablatowy, wymiary (+/- 2cm) wysokość 50cm, głębokość 65cm, szerokość 80cm, waga (+/- 5kg) 70kg | Tak |  |
|  | Aparat pracujący w oparciu o technikę wykonywania barwień zapobiegającą parowaniu odczynników | Tak |  |
|  | Pojemność stacji odczynnikowej min. 50 pozycji | Tak |  |
|  | Możliwość barwienia min. 45 szkiełek | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania min. 7 i maks. 14 protokołów barwienia w jednym cyklu pracy urządzenia | Tak |  |
|  | Rejestracja i identyfikacja odczynnika za pomocą kodów paskowych/chipów | Tak |  |
|  | Aparat z możliwością indywidualnego podgrzewania szkiełek | Tak |  |
|  | Czas najkrócej trwającego barwienia 7min, najdłużej trwającego barwienia 1godz 30min | Tak |  |
|  | Aparat umożliwiający nastawienie barwień na noc | Tak |  |
|  | Możliwość skanowania odczynników i szkiełek opatrzonych kodami kreskowymi zarówno na pokładzie urządzenia jak i poza nim | Tak |  |
|  | Aparat zapewniający segregację odpadów płynnych na bezpieczne i niebezpieczne, automatyczna segregacja odpadów na:  a) rozpuszczalne w wodzie,  b) alkoholowe,  c) pierwiastki śladowe,  d) barwniki mieszane. | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do systemu wentylacji w laboratorium | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w składany ekran dotykowy, klawiaturę oraz mysz wykonane z materiału chroniącego te urządzenia przed przypadkowym zalaniem | Tak |  |
|  | Aparat zintegrowany z oprogramowaniem, które obecnie jest wykorzystywane w Zakładzie Patomorfologii pod względem tworzenia raportów dziennych, miesięcznych , statystyk, podglądu zleceń i monitorowania stanu odczynników | Tak |  |
|  | Aparat z wbudowanym zasilaczem oraz możliwością podłączenia zasilania awaryjnego | Tak |  |
|  | Dostawa urządzenia do 4 tygodni | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |
|  | Minimalny okres gwarancji 24 miesiące | Tak |  |
|  | Wykonawca przeprowadzi montaż aparatu wraz z instruktażem pracowników, potwierdzony stosownymi dokumentami | Tak |  |
|  | Aparat posiadający deklarację zgodności, certyfikat CE lub równoważny zgodnie z wymogami UE. | Tak |  |

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** są parametrami granicznymi **wymaganymi przez Zamawiającego**, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Ad. poz. 2**

**Zestaw niezbędnych odczynników oraz akcesoriów do aparatu do barwień histochemicznych:**

1. Zestaw do wykonywania oznaczeń metodą histochemiczną wraz ze wszystkimi niezbędnymi odczynnikami, akcesoriami i materiałami zużywalnymi kompatybilnymi z systemem automatycznego barwienia histochemicznego na okres 2 lat:

* odczynnik do odparafinowania i uwadniania (opakowanie 115 ml / 100 testów) – ilość opakowań 2
* bufor do przepłukiwania (koncentrat x50 opakowanie 4x200 ml ) - ilość opakowań 3
* szkiełka podstawowe o podwyższonej adhezyjności (opakowanie 5x100 szkiełek) - ilość opakowań 2
* etykiety do szkiełek ( opakowanie 1500 etykiet) – ilość opakowań 1
* zestaw do konserwacji systemu do barwienia (opakowanie 100 ml wystarcza na co najmniej 33 protokoły konserwacji) – ilość opakowań 6
* szkiełka nakrywkowe (opakowanie 1000 szkiełek) – ilość opakowań 1
* medium do zamykania o niskiej lepkości ( opakowanie 473 ml gotowego odczynnika na co najmniej 6000 preparatów) – ilość opakowań 1
* zestaw barwiący ( opakowanie na 50 oznaczeń ) ilość opakowań 20

1. Lista barwień histochemicznych gotowych do użycia do wyboru w zależności od potrzeb na okres dwóch lat:

– Barwienie Acid – Fast Bacteria (FSB),

– Barwienie Alcian Blue pH 2,5,

– Barwienie Alcjan Blue/Pas,

– Barwienie Alcian Blue/Pas/Hematoxylin,

– Barwienie Kongo Red,

– Barwienie Elastyna,

– Barwienie Giemsa,

– Barwienie zielony Trichrom Gomariego,

– Barwienie GMS (Grocott Methenamine Silver),

– Barwienie Gram,

– Barwienie Gram Yellow,

– Barwienie żelazo,

– Barwienie Trichrom Masson,

– Barwienie Mucykarmin,

– Barwienie PAS,

– Barwienie Retikulina z podbarwieniem tła,

– Barwienie Helicobacter Pylori Warthin – Starry,

– Barwienie Orceina.

1. Ilość odczynników oraz materiałów eksploatacyjnych skalkulowane tak aby można było wykonać 1000 barwień histochemicznych w ciągu dwóch lat. Cena pojedynczego bawienia uwzględnia koszt wszystkich niezbędnych do wykonania barwienia histochemicznego odczynników (barwniki, bufory, odczynniki do odparafinowania) oraz materiałów eksploatacyjnych (szkiełka o podwyższonej adhezyjności dedykowane do aparatu).
2. Odczynniki do barwień histochemicznych w postaci płynnej, gotowe do użycia lub/oraz koncentraty do rozcieńczenia.
3. Odczynniki oraz protokoły sprawdzone oraz zwalidowane.
4. Termin ważności odczynników do oznaczeń histochemicznych min. 4 miesiące od chwili dostawy.
5. Termin dostawy maks. 5 dni roboczych.
6. Wraz z dostawą odczynników należy dostarczyć karty charakterystyk w formie pisemnej lub elektronicznej w języku polskim.
7. Odczynniki oraz materiały eksploatacyjne do barwień histochemicznych przeznaczone do diagnostyki in vitro muszą posiadać certyfikat CE (lub równoważny) lub stosowne oświadczenie.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**„Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. **OŚWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2023 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz. U. 2022 poz. 1952).

6. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

**całkowita kwota oferty**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

**w tym:**

**kwota za aparat do barwień histochemicznych**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

**Udzielamy …….... miesięcy gwarancji na aparat do barwień histochemicznych*\****

**kwota za zestaw do wykonywania oznaczeń metodą histochemioczną wraz z odczynnikami, akcesoriami i materiałami zużywalnymi kompatybilnymi z oferowanym systemem do wykonywania barwień histochemicznych na okres 24 miesięcy**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

**Gwarantujemy ………. dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia \*\***

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*\*\*Maksymalny termin dostawy dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia - 5 dni roboczych*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na „Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(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. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie 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 (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(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.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23”**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie 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 (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(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.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **„Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23 ”** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„Dostawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z odczynnikami dla Zakładu Patomorfologii” - Zp/72/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)