Załącznik nr 1 do SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PRZEDMIOTU** | **WARTOŚĆ**  **NETTO** | **STAWKA**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| **1.** | **Serwis za cały okres trwania umowy (24 m-ce)**  **(Serwis co 4 miesiące 107 urządzeń)** |  |  |  |
| **RAZEM :** | |  |  |  |

**Opis przedmiotu zamówienia**

Wykaz zamontowanych na obiektach szpitalnych instalacji klimatyzacyjnych typu SPLIT przy ul. A.Sokołowskiego 4.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Lokalizacja jednostki** | | **Typ jednostki** | | | | **Uwagi** |
| **Ścienna**  **/szt/** | | **Sufitowa**  **/szt/** | |
| 1 | | Szpitalny Oddział Ratunkowy | 14 | | | 1 | Przegląd co 4 m-ce |
| 2 | | RTG | 10 | | | - | Przegląd co 4 m-ce |
| 3 | Pracownia Hemodynamiki 1 i 2 | | 6 | 3 | | | **ze wzgledu na specyfikę pracy należy ustalić termin prac serwisowych**  Przegląd co 4 m-ce |
| 4 | Zakład Endoskopii Zabiegowej | | 4 | - | | | **ze wzgledu na specyfikę pracy należy ustalić termin prac serwisowych**  Przegląd co 4 m-ce |
| 5 | OAiIT | | 6 | 1 | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 6 | OCWBK | | 5 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 7 | Przychodnia i rejestracja | | 4 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 8 | Dział Kadr | | 1 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 9 | Dział IT /serwerownie | | 4 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 10 | Oddział neurochirurgiczny | | 3 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 11 | Oddział kardiologiczny | | 5 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 12 | Oddział neurologiczny i udarowy | | 5 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 13 | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej | | 3 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 14 | Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej | | 2 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 15 | Apteka szpitalna | | 2 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 16 | Oddział chirurgii ogólnej | | 1 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 17 | Oddział okulistyczny | | 2 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 18 | Oddział onkologiczny | | 4 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 19 | Zakład Patomorfologii | | 1 | - | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 20 | Administracja | | 4 | 6 | | | Przegląd co 4 m-ce |
| 21 | Centrum Radioterapii | | 7 | 3 | | | **ze wzgledu na specyfikę pracy należy ustalić termin prac serwisowych**  Przegląd co 4 m-ce |
|  | **Ogółem** | | **93** | **14** | | |  |

**Zakres czynności do wykonania 6 serwisów wszystkich urządzeń w okresie 24 m-cy:**

1/ sprawdzenie stopnia zanieczyszczenia jednostki wewnętrznej i zewnętrznej – czyszczenie

2/ sprawdzenie skraplacza pod względem zanieczyszczeń, uszkodzeń i korozji

3/ czyszczenie płytek lamelowych

4/ sprawdzenie temperatury i ciśnienia skraplania

5/ czyszczenie i mycie skraplaczy jednostek zewnętrznych

6/ odgrzybianie, odkażanie

7/ sprawdzenie i uzupełnienie gazu

8/ sprawdzenie i oczyszczenia pompy wyrzucającej skropliny ponad dach

9/ czyszczenie filtrów

10/ sprawdzenie poprawności działania i podanie przyczyny nieprawidłowości w protokole z dokonanego przeglądu

Zalecana wizja lokalna.

Przeglądy przeprowadzone będą co 4 m-ce przez okres 24 miesięcy w godzinach 8⁰⁰ - 14⁰⁰.

Wykonanie przeglądu należy potwierdzić stosownym protokołem u pielegniarki oddziałowej Zakładu/Oddziału i przedstawić je do zatwierdzenia u Kierownika Działu Obsługi Szpitala na podstawie którego wykonawca wystawia fakturę.

Pierwszy przegląd powinien się odbyć w przeciągu dwóch tygodni od daty podpisania umowy.

Czas trwania przeglądu jednej jednostki 2 r-g.

*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:

**,,Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/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 świadczenie usługi na :

- **Serwis za cały okres trwania umowy (24 m-ce)**

**(Serwis co 4 miesiące 107 urządzeń)** przy ul. Sokołowskiego i Batorego określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

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

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

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

……………………………………………………… złotych),

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

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

**w tym zryczałtowana stawka wynagrodzenia za 1 serwis 107 urządzeń raz na 4 m-ce wymienionych w Załączniku nr 1:**

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

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

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

……………………………………………………… złotych),

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

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

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

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

*)* ***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.***

*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„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/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. **- „Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/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. **„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/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 (Dz. U. z 2023r. poz. 1605)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:**„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/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*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** **„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/TP/23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** | |
|  |  |  | |  |

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

(Podpis)

*Załącznik nr 8 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 **„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

**PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa wykonawcy ……………………………………………………………………………………

Adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………..

Miejscowość ................................................ Data ..................................................

**Oświadczamy**, że w dniu ………………………… dokonaliśmy wizji lokalnej i zapoznaliśmy się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz uzyskaliśmy informacje potrzebne do przygotowania oferty zgodnie z postanowieniami SWZ :**„Okresowy serwis jednostek klimatyzacyjnych typu SPLIT zamontowanych na obiektach szpitalnych Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego przy ul. Sokołowskiego w Wałbrzychu przez okres 24 miesięcy” - Zp/67/TP/23**

Wszystkich niezbędnych informacji udzielił nam upoważniony pracownik Zamawiającego.

................................................................................ ………………………………………  
 (data i podpis Wykonawcy) (data podpis Zamawiającego)