**Załącznik nr 1**

**Monitory ekranowe - ilość: 50 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\*** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | Producent ………………………………………..  Model/Typ ……………………………………….  Rok produkcji ((wyprodukowany nie wcześniej niż II połowie 2018r.) - …………………………… | |
|  | **Przekątna min. 22 cale** | \*Podać przekątną monitora:  ……………………………………….. |
| 3. | **Rozdzielczość** min. 1920 x 1080 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 4. | **Format**16:9 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 5. | **Typ matrycy**  VA | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 6. | **Kontrast**  min. 3000:1 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 7. | **Czas reakcji** max. 5ms | \*Podać:  ……………………………………….. |
| **8.** | **Kąt widzenia pionowego i poziomego**  Pion - 178°  Poziom - 178 ° | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 9. | **Zewnętrzne porty we-wy**  min. 1 x HDMI  min. 1 x DisplayPort  **Wymagana ilość portów nie może być uzyskana poprzez stosowanie przejściówek** | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 10. | **Inne:**   * Regulacja pochylenia; * Regulacja wysokości * Wbudowane głośniki | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 11. | **Certyfikat CE** wraz ze stosownym oznakowaniem sprzętu | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 1. **WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
|  | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu   W przypadku uszkodzenia pamięci masowej – uszkodzona pozostaje własnością Zamawiającego | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | 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**

**Komputery PC - ilość: 50 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\*** |
| **I. PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | \* Producent ………………………………………..  \* Model/Typ ……………………………………….  \* Rok produkcji (wyprodukowany nie wcześniej niż II połowie 2018r.) - ……………………………  **Zestaw komputerowy musi posiadać** wbudowane rozwiązania, które zapewnią zabezpieczenia sprzętowe *(m.in. procesor, chipset, kontroler sieciowy)*, łatwiejsze zarządzanie komputerem, skrócenie czasu reakcji i dostosowywanie wydajności do potrzeb. Zestaw może być wykorzystywany do obsługi aplikacji, biurowych, edukacyjnych, obliczeniowych, jako lokalna baza danych oraz w celu dostępu do Internetu i poczty elektronicznej. | |
| 1. | **Procesor:**  Dla celów porównawczych procesor musi spełniać wskaźniki testu PassMark – CPU Mark ze strony: www.cpubenchmark.net/high\_end\_cpus.html  – z wynikiem: od 6000 punktów (powyżej parametr dodatkowo oceniany)  – obsługa instrukcji 64-bitowych  – sprzętowe wsparcie wirtualizacji  – obsługa technologii vPro  **Wydruk ze strony passmark.com potwierdzający spełnienie wymaganych wskaźników dla procesora, z datą nie wcześniejszą niż data ogłoszenia przetargu i nie późniejszą niż data składania ofert należy dołączyć do oferty** | \*Podać przekątną monitora:  ……………………………………….. |
| 2. | **Pamięć RAM:** min. 8GB DDR4 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 3. | **Płyta główna:**  Wymagana obsługa technologii vPro. Dostosowana do oferowanych podzespołów, wyposażona w 2 gniazda pamięci RAM i z możliwością rozbudowy do min. 16 GB *(prędkość szyny równa lub wyższa prędkości dostarczonej pamięci RAM)* o architekturze wielokanałowej.  Wszystkie kondensatory polimerowe.  Panel tylny:   * 2x HDMI, * 1x RJ-45, * 4 x USB * 1 x COM   analogowe złącza audio. | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 4. | **Dysk SSD:**  Co najmniej 240 GB z partycją RECOVERY umożliwiającą odtworzenie systemu operacyjnego fabrycznie zainstalowanego na komputerze po awarii.  Dla celów porównawczych dysk musi spełniać wskaźniki testu PassMark – Disk Rating ze strony:  http://www.harddrivebenchmark.net/mid\_range\_drives.html  - z wynikiem: min. 2500 punktów (powyżej parametr dodatkowo oceniany)  **Wydruk ze strony passmark.com potwierdzający spełnienie wymaganych wskaźników dla dysku SSD, z datą nie wcześniejszą niż data ogłoszenia przetargu i nie późniejszą niż data składania ofert należy dołączyć do oferty.** | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 5. | **Obudowa:**  Obudowa małogabarytowa typu Micro , umożliwiająca pracę w poziomie oraz w pionie. Suma wymiarów obudowy nie może przekraczać 390 mm ( 178 mm x 178 mm x 34mm)  Panel przedni obudowy wyposażony w analogowe złącza audio/mikrofon i 4x USB 3.0 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 6. | **Karta graficzna:** zintegrowana z procesorem | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 7. | **Karta dźwiękowa: z**integrowana z płytą główną, zgodna z High Definition (HD) Audio | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 8. | **Karta sieciowa:** Zintegrowana 10/100/1000 Mbps (z obsługą vPro) | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 9. | **System operacyjny:**  MS Windows 10 Professional 64 bit PL na licencji OEM lub równoważny.  Nośnik z czystym systemem operacyjnym, tj. bez sterowników i dodatkowych aplikacji,  **Uwaga: W przypadku, gdy licencjodawca powiązał numer licencyjny z nośnikiem należy go dostarczyć do każdego komputera,**  Warunki równoważności opisane w Rozdz. I pkt. 9 i 10 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 10. | **Klawiatura:**  Klawiatura przewodowa typu Windows, pełnowymiarowa, z wydzieloną częścią numeryczną, układ QWERTY | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 11. | **Mysz:**  min. dwuprzyciskowa z rolką, optyczna o rozdzielczości min. 1000dpi, przewodowa o długości kabla min. 1,8 m, podłączana przez port USB | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 12. | **Zasilacz:**  zewnętrzny 65W umożliwiający bezproblemową pracę komputera przy pełnym obciążeniu zasilacza | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 13. | **BIOS** musi posiadać możliwość, co najmniej:   * ustawienia hasła dostępu do BIOS’u dla administratora, * ustawienie sekwencji bootowania,   blokadę zewnętrznych portów I/O. | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 14. | **Waga:**  Waga: 1,11 kg ÷1,5 kg  (waga komputera poniżej 1,10 kg - parametr dodatkowo punktowany) | \*Podać:  ……………………………………….. |
| **II. WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
|  | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | 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 3**

**Drukarki laserowe A4 (monochromatyczne) z dodatkowym wkładem tonera umożliwiającym wydruk min. 8 500 stron - ilość: 25 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\*** |
| **I.PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | Producent ………………………………………..  Model/Typ ……………………………………….  Rok produkcji (nie wcześniej niż II połowie 2018r.) - …………………………… | |
| 1. | **Typ wydruku** laserowy monochromatyczny | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 2. | **Rozdzielczość wydruku** min. 1200 x 1200 dpi | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 3. | **Szybkość procesora** min. dwurdzeniowy 800 MHz | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 4. | **Liczba podajników** 2 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 5. | **Czas wydruku pierwszej strony** 6.5 sekundy  (czas wydruku poniżej 6.5 sekundy - parametr dodatkowo oceniany) | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 6. | **Obsługiwane systemy**  - Linux  - Windows 7/8/10/Windows Server 2008 R2 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 7. | **Interfejs**  - USB 2.0  - Gigabit Ethernet 10/100/1000 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 8. | **Dupleks automatyczny**  Automatyczny z parametrami w sterowniku umożliwiającymi ustawienie długiej lub krótkiej krawędzi obrotu wydruku oraz z możliwością ustawienia wydruku jednostronnego | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 9. | **Pamięć w standardzie** min. 256 MB | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 10. | **Język druku**  - PCL5e,  - PCL6,  - PostScript 3,  - PDF 1.7 | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 11. | **Podajnik automatyczny (szuflada)** min. 250 stron | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 12. | **Szybkość wydruku**  - 38 stron A4/min  - 16 stron A4/min w dupleksie | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 13. | **Wyświetlacz** kolorowy LCD min 2,4” | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 14. | **Komplet okablowania** zgodnie ze standardem drukarki | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 15. | **Format wydruku**  - A4,  - A5,  - A6  - koperty (9,10,73/4)  - DL  - letter | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 16. | **Obsługa nośników**  - obsługa gramatury papieru 60-163 g/m2  - zwykły papier  - koperty  - folie przeźroczyste  - etykiety papierowe | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 17. | **Zawartość zestawu**  Oryginalny toner wyprodukowany przez producenta urządzenia, płyta CD z oprogramowaniem i instrukcją, kabel zasilający wraz z zasilaczem (jeśli jest wymagany), kabel USB, instrukcja użytkowania. | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 18. | Do każdej laserowej drukarki dodatkowy wkład z tonerem – zgodnie z normą ISO/IEC 19752 wg. której producent zaoferowanej drukarki określił jako właściwe i odpowiednie do pracy danej drukarki umożliwiające wydruk min. 8 500 stron**.**  (powyżej 8 500 stron parametr dodatkowo oceniany) | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 19. | **Certyfikaty:** Energy Star, Certyfikat CE dla producenta sprzętu lub dokument równoważny wraz ze stosownym oznakowaniem sprzętu**.** | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| **II.WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
|  | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | 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 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 50 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 50 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**OFEROWANY TERMIN DOSTAWY: …………….. dni roboczych\***

## *\*kryterium podlegające ocenie (punktowane), należy wypełnić*

## PAKIET Nr 2

Cena bez podatku VAT za 50 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 50 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNE:**

**\*\*Procesor –** 6001-6999 punktów **/** 7001 i więcej punktów

**\*\*Dysk SSD** - 2501-2600 punktów **/** 2601 i więcej punktów

**\*Waga -** ………………….**.**

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

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

## PAKIET Nr 3

Cena bez podatku VAT za 25 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 25 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNE:**

**\*Czas wydrukowania pierwszej strony -** ……………………

**\*\*Obszar zadruku -** 4.0 mm od górnej, dolnej, prawej i lewej krawędzi do wewnątrz **/** powyżej 4 mm

**\*Obsługa wkładów (tonerów) – …………………..**

***\* 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 MONITORÓW EKRANOWYCH, KOMPUTERÓW OSOBISTYCH, DRUKAREK LASEROWYCH*”***,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 MONITORÓW EKRANOWYCH, KOMPUTERÓW OSOBISTYCH, DRUKAREK LASEROWYCH*”***,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 MONITORÓW EKRANOWYCH, KOMPUTERÓW OSOBISTYCH, DRUKAREK LASEROWYCH*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA MONITORÓW EKRANOWYCH, KOMPUTERÓW OSOBISTYCH, DRUKAREK LASEROWYCH*”***  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*