**Rozdział III FORMULARZ OFERTY Załącznik nr 1 do SWZ**

pieczęć wykonawcy

............................ dn. ................

miejscowość

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W TRYBIE PODSTAWOWYM REALIZOWANYM NA PODSTAWIE ART. 275 UST. 1 USTAWY PZP**

**1**. **ZAMAWIAJĄCY**:

|  |
| --- |
| **Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o.o. w restrukturyzacji**  **Ul. Inwalidów Wojennych 26**  **56-100 Wołów** |

**2.WYKONAWCA (Lider):**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)**  **(Pełna nazwa / firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reprezentowany przez:……………………………………………………………….......……..

*(Imię, nazwisko, Stanowisko, podstawa do reprezentacji)*

Nr telefonu Wykonawcy: ……………………………………………………............................

E-mail Wykonawcy: ………………………………………………………………………........

Nr konta Wykonawcy: ……………………………………………………………………….....

Wykaz i opis udzielonych pełnomocnictw do niniejszego postępowania / składanych dokumentów i oświadczeń / oferty:

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

**3**. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW/**dla Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne – Pełnomocnik/ Lider:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu; Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

Ja (my) niżej podpisany(i) **oświadczamy, że:**

Akceptuję\*(emy\*) bez zastrzeżeń opis przedmiotu zamówienia, wymagania zawarte w SWZ oraz projekt umowy załączony do SWZ i zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i zasadach obowiązujących w tym postępowaniu. W przypadku uznania mojej\*(naszej\*) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję\*(emy\*) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

1. **Cena całkowita za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

**Pakiet nr 1** **– Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała**

Wartość netto: ………………………………PLN + …………. PLN (….%) VAT=

**Wartość BRUTTO: ……………………..…....PLN**

**Słownie brutto PLN: ……………………………………………………………………..……**

**Pakiet nr 2** – **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych**

Wartość netto: ………………………………PLN + …………. PLN (….%) VAT=

**Wartość BRUTTO: ……………………..…....PLN**

**Słownie brutto PLN: ……………………………………………………………………..……**

Przedmiot zamówienia, zasady wyceny zostały przez zamawiającego opisane w treści SWZ i nie zgłaszamy żadnych uwag i zastrzeżeń związanych z przygotowanym przez zamawiającego opisem. W przypadku wyboru naszej oferty deklarujemy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zamawiającego i przepisami prawa, treścią oferty, w terminie zakreślonym niniejszą SWZ.

**5.** **Oferuję termin wykonania zamówienia *(zaznaczyć właściwe*):**

* do 10 dni kalendarzowych
* do 14 dni kalendarzowych

Oświadczamy, że w przypadku nie wypełnienia ww pozycji deklarujemy, że termin dostawy wynosi 14 dni kalendarzowych.

**6. Żadna** z informacji zawarta w ofercie **nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa**w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*) / **wskazane poniżej informacje** zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania\*\*\*\*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) lub oddzielna części oferty (proponowane rozwiązanie) | |
| Od | Do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

*\*\*\*) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności (DZ. U z dnia 24 sierpnia 2018 r poz. 1637).*

*\*\*\*\*) Wykonawca załączy niniejsze oświadczenie, tylko wtedy, gdy zastrzeże w ofercie, iż któreś z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstw oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Pzp.*

**7. Deklaracja dotycząca podwykonawstwa:\*\***

☐ Oświadczam, że zamówienie będę realizował samodzielnie i nie zamierzam zrealizować przy udziale podwykonawców

☐ Oświadczamy, że zamówienie zamierzam zrealizować z udziałem podwykonawców (**wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcom**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podwykonawca**  **(dane identyfikujące: adres, nazwa, NIP/PESEL)** | **Zakres części zamówienia / roboty budowlanej, dostawy czy usługi / w którym Wykonawca ma zamiar powierzenia części zamówienia realizacji podwykonawcy** |
| 1. | Adres: ……………………….  Nazwa: …………………  NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………  Zakres prac: ……………………………………………….  Rozmiar: …………………………………………… % |
| 2. | Adres: ……………………….  Nazwa: …………………  NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………  Zakres prac: ……………………………………………….  Rozmiar: ……………………………………………… % |

**8**. Wraz z ofertą składamy dokumenty wymienione w SWZ.

**9**. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że [**będziemy polegać / nie będziemy polegać**]\* na **zasobach innych podmiotów** określonych w art. 118-123 ustawy Pzp w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej, które są udostępnione przez:

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

*(należy wymienić nazwy i adresy podmiotów)*

**10**. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

*Mikroprzedsiębiorstwo*

*Małe przedsiębiorstwo*

*Średnie przedsiębiorstwa*

(proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*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 przedsiębiorstwa: 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.*

**11.** **Jesteśmy** zawiązani niniejsza ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SWZ.

**12**. Wyrażamy zgodę na samodzielne pobranie przez Zamawiającego za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych krajowych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352) dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. ………………………………………..…. - ……………………………………………..

*(Nazwa dokumentu i wskazanie punktu w SIWZ) (Adres internetowy)*

*UWAGA: W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie powyższe oświadczenie należy odpowiednio powtórzyć i złożyć w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej/członka konsorcjum.*

**13. Oświadczenia wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO** (Rozporządzenia 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, tzw. RODO)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**14.** Jeżeli wykonawca złożył ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego **obowiązku podatkowego** zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W związku z wystąpieniem takiego przypadku w ofercie, wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego; **TAK/NIE**

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego; ………………………………………………...***(nazwa – rodzaj)***

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku; ………………………………………………… ***(wartość towaru lub usługi)*** ………………………....................................

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie; ……………………………. ***(wskazanie stawki podatku od towaru i usługi)***…………….

**15. Jeżeli Wykonawca bierze udział w postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami:**

**a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania)** *(należy wypełnić – o ile dotyczy)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |

**b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

**16.** Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie zgodnym ze wzorem umowy.

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić, jeżeli dotyczy Wykonawcy

Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 1a do Formularza ofertowego

............................ dn. ................

miejscowość

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Producent// numer katalogowy | Jednostka miary | Ilość | Cena  jednostkowa  netto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość  brutto |
| 1 | **Pakiet nr 1:**  Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała |  | zestaw | 1 | …… PLN | ………. PLN | ….. % VAT | ………. PLN | ………. PLN | ………. PLN |
| 2 | **Pakiet nr 2:**  Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych |  | zestaw | 1 | …… PLN | ………. PLN | ….. % VAT | ………. PLN | ………. PLN | ………. PLN |
| RAZEM | | | | |  | ………. PLN | RAZEM | | ………. PLN | |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzeń robotycznych do rehabilitacji wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **20/PCM/2023/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu 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

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

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. 1-6 lub 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:

…………………………………………………………………………………………………

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

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………............................... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący podwykonawca/-y: ………………………………………………………………….........................…..….……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzeń robotycznych do rehabilitacji wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **20/PCM/2023/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie**[[1]](#footnote-2)**

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;
4. zdolności technicznej lub zawodowej.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

…………....………., dnia ……………….r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy do żadnej grupy kapitałowej** w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.)

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.

 Niniejszym oświadczam, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(należy wskazać pełną nazwę / firmę i adres wykonawcy, który złożył odrębną ofertę)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

UWAGA:

1. W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej, powinien przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.
2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie, niniejsze oświadczenie składa każdy z wykonawców.

Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE, ŻE OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**BĘDZIE POSIADAŁ PRZEZ CAŁY OKRES TRWANIA UMOWY**

**DOPUSZCZENIE DO OBROTU**

**(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

* + 1. Niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas **wyroby medyczne** w rozumieniu Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 poz. 974) dopuszczone są do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.
  1. Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia, w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie, pod rygorem odstąpienia od umowy.

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6a do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – MINIMALNE WYMAGANIA TECHNICZNE**

**Pakiet nr 1** **– Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała – 1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ / model | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (min. 2023) | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i warunki** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego przedmiotu zamówienia (parametry-opis)**  **WYPEŁNIĆ** |
| 1. 1 | Jeden robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | TAK |  |
| 1. 2 | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. zrobotyzowanych ćwiczeń biernych, siłowych. | TAK |  |
| 1. 3 | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne | TAK |  |
| 1. 4 | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | TAK |  |
| 1. 5 | Wbudowana reaktywna elektromiografia | TAK |  |
| 1. 6 | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | TAK |  |
| 1. 7 | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, biodra, kolana, stopy, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom. | TAK |  |
| 1. 8 | Umożliwia przeprowadzanie treningu z użyciem biofeedbacku w postaci gier rehabilitacyjnych, realizowanego zarówno poprzez pozycje kończyny pacjenta (sterowaną poprzez opór dynamiczny) jak i sygnał elektromiograficzny | TAK |  |
| 1. 9 | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta; | TAK |  |
| 1. 10 | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów); | TAK |  |
| 1. 11 | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią Internet oraz dostępność systemu operacyjnego, | TAK |  |
| 1. 12 | Integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego | TAK |  |
| 1. 13 | Wyposażenie minimalne robota:   * Końcówka do kończyny górnej * Końcówka do kończyny dolnej * Końcówka do stopy * Końcówka do przedramienia * Końcówka do barku * Kierownica * Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler * Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) * 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m i 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) * Gry rehabilitacyjne * Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | TAK |  |
| 1. 14 | W zestawie fotel:   * Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia. * Kąt nachylenia podnóżka min.: 15⁰ - 90⁰ * 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta * Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów * Uchwyt dłoni z możliwością regulowania wysokości i kąta * Stabilizujący pas udowy * Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia * Regulowana głębokość siedziska min. 450-570 mm * Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm * Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. 87⁰ - 0⁰ * Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min.: 0⁰- 20⁰ * Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. 490-890 mm * Pilot do sterowania fotelem * Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny * Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia * Maksymalna masa ciała pacjenta: minimum 135 kg * Wysokość całkowita: minimalny zakres 1320 -1720 mm * Długość całkowita: minimum 1200 mm (złożone podnóżki), minimum 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | TAK |  |
| **Inne** | | | |
| 1 | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 2 | Autoryzowany punkt serwisowy na terenie Polski | TAK, podać adres |  |
| 3 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | TAK |  |
| 4 | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego przed oddaniem urządzenia do użytkowania oraz dodatkowe szkolenie uzupełniające na żądanie Zamawiającego w trakcie trwania okresu gwarancji. Ilość osób oraz organizacja szkolenia wg wytycznych Zamawiającego (w ramach umowy) | TAK |  |
| 5 | Okres dostępności części, zamiennych od daty upływu terminu gwarancji: min. 10 lat (nie dotyczy sprzętu informatycznego) | TAK |  |
| 6 | Wraz z przekazaniem sprzętu, Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem w wersji elektronicznej (PDF),w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w języku polskim w formie i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), karty gwarancyjne, paszport techniczny, wykaz punktów serwisowych oraz wykaz dostawców części zamiennych zgodnie z zapisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. (Dz. U. 2022 rok, poz. 974) – jeżeli dotyczy, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy), Deklarację Zgodności – wystawioną przez producenta, kopię zgłoszenia/powiadomienia dokonania zgłoszenia/powiadomienia o wyrobie do Prezesa Urzędu na podstawie ustawy o wyrobach medycznych (jeśli dotyczy) oraz harmonogram (częstotliwość) poszczególnych przeglądów oraz prac konserwacyjnych wraz ze szczegółowym wykazem czynności wykonywanych podczas przeglądów urządzenia, zgodnych z zaleceniami producenta, w tym wykaz części serwisowych zalecanych przez Producenta sprzętu do wymiany podczas przeglądu okresowego | TAK |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6b do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – MINIMALNE WYMAGANIA TECHNICZNE**

**Pakiet nr 2** – **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych – 1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ / model | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (min. 2023) | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i warunki** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego przedmiotu zamówienia (parametry-opis)**  **WYPEŁNIĆ** |
| 1. 1 | Urządzenie medyczne umożliwiające wykonanie treningu w pozycji stojącej z wykorzystaniem biofeedbacku | TAK |  |
| 1. 2 | Możliwość integracji informacji z obu kończyn górnych (niezależnie, dzięki czujnikom znajdującym się w uchwytach przymocowanych do kolumny z ekranem) oraz z kończyn dolnych, poprzez wykorzystanie analizy położenia środka nacisku na podłoże (COP, Center of Pressure) | TAK |  |
| 1. 3 | Obsługa urządzenia za pomocą kolorowego ekranu dotykowego oraz tabletu | TAK |  |
| 1. 4 | Wbudowany w platformę silnik umożliwiający aktywne wytrącanie osoby stojącej na platformie z równowagi dzięki ruchom wieloosiowym, z możliwością zaprogramowania określonej trajektorii ruchu | TAK |  |
| 1. 5 | Platforma ma możliwość ruchu w niżej wymienionych trajektoriach (co najmniej):   * Okrąg * Spirala * Słońce * Rozeta * Trajektoria przypadkowa/ruch losowy | TAK |  |
| 1. 6 | Minimalna ilość testów możliwych do wykonania na platformie:   * Test stabilności postawy obunóż (oczy zamknięte i otwarte z wyznaczeniem współczynnika Romberga) * Test stabilności kończyn dolnych wykonywany jednonóż   (porównanie prawa/lewa)   * Test chodu z pomiarem ilości kroków * Test limitów stabilności * Pomiar siły mięśniowej kończyn górnych * Test koordynacji | TAK |  |
| 1. 7 | Menu urządzenia i dołączonego tabletu posiada programy umożliwiające pracę nad poprawą minimum:   * gibkości (elastyczności) i mobilności * postawy i równowagi oraz przygotowane sesje treningowe dla pacjentów z dysfunkcjami układu mięśniowo-szkieletowego, układu nerwowego i dla minimum 12 dyscyplin sportowych | TAK |  |
| 1. 8 | Możliwość zapisania wyników testów w formacie PDF | TAK |  |
| 1. 9 | Możliwość zaprogramowania sesji treningowej (ciągu kilku ćwiczeń) dla poszczególnych pacjentów | TAK |  |
| 1. 10 | Możliwość modyfikacji parametrów zaprogramowanych ćwiczeń, m .in: szybkości pracy platformy, trajektorii, ilości wykonywanych powtórzeń | TAK |  |
| 1. 11 | Funkcja dynamicznej kontroli postawy (wykorzystująca projekcję środka nacisku na podłoże, COP) | TAK |  |
| 1. 12 | Wyposażenie minimalne:   * Tablet do obsługi urządzenia * Taboret z możliwością przymocowania do platformy * 2 krążki obrotowe z możliwością przymocowania do platformy umożliwiające zmianę ustawienia stóp (modyfikacja zgięcia i wyprostu w stawie skokowym, pronacji i supinacji) | TAK |  |
| 1. 13 | Masa pacjenta: min. 140 kg | TAK, podać |  |
| 1. 14 | Wymiary [wys/dł/szer.]: 210cm x 180cm x 135cm +/-10% | TAK, podać |  |
| 1. 15 | Masa max. 300 kg | TAK, podać |  |
| **Inne** | | | |
| 1 | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 2 | Autoryzowany punkt serwisowy na terenie Polski | TAK, podać adres |  |
| 3 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | TAK |  |
| 4 | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego przed oddaniem urządzenia do użytkowania oraz dodatkowe szkolenie uzupełniające na żądanie Zamawiającego w trakcie trwania okresu gwarancji. Ilość osób oraz organizacja szkolenia wg wytycznych Zamawiającego (w ramach umowy) | TAK |  |
| 5 | Okres dostępności części, zamiennych od daty upływu terminu gwarancji: min. 10 lat (nie dotyczy sprzętu informatycznego) | TAK |  |
| 6 | Wraz z przekazaniem sprzętu, Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem w wersji elektronicznej (PDF),w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w języku polskim w formie i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), karty gwarancyjne, paszport techniczny, wykaz punktów serwisowych oraz wykaz dostawców części zamiennych zgodnie z zapisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. (Dz. U. 2022 rok, poz. 974) – jeżeli dotyczy, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy), Deklarację Zgodności – wystawioną przez producenta, kopię zgłoszenia/powiadomienia dokonania zgłoszenia/powiadomienia o wyrobie do Prezesa Urzędu na podstawie ustawy o wyrobach medycznych (jeśli dotyczy) oraz harmonogram (częstotliwość) poszczególnych przeglądów oraz prac konserwacyjnych wraz ze szczegółowym wykazem czynności wykonywanych podczas przeglądów urządzenia, zgodnych z zaleceniami producenta, w tym wykaz części serwisowych zalecanych przez Producenta sprzętu do wymiany podczas przeglądu okresowego | TAK |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

1. Określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu [↑](#footnote-ref-2)