**Załącznik Nr 1 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 1**

**PROCESOR MOWY DO SYSTEMÓW IMPLANTÓW ŚLIMAKOWYCH   
TYPU NUCLEUS 24 / NUCLEUS FREEDOM - sztuk: 25**

* **Pełna nazwa handlowa -** …………………………………………………………………………………………………………
* **Model -** …………………………………………………………………………………………………………………………………..
* **Producent -** …………………………………………………………………………………………………………………………….
* **Numer katalogowy -** ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE –**  opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1. | **Procesor mowy kompatybilny z implantem ślimakowym firmy COCHLEAR, typ: NUCLEUS 24 / NUCLEUS FREEDOM /  CL500 i CL600** |  |
| 2. | Możliwość zasilania bateriami i akumulatorami. |  |
| 3. | Możliwość dostarczenia procesora jednomodułowego zasilanego bateriami. |  |
| 4. | Pilot zdalnego sterowania. |  |
| 5. | Możliwość szkolenia chirurgicznego. |  |
|  | **GWARANCJA I SERWIS** |  |
| 6. | Procesor mowy (cześć zewnętrzna) minimum 3 lata od wszczepienia. |  |
| 7. | Serwis gwarancyjny będzie wykonywany nieodpłatnie przez:……………………………………………… |  |

\*Wypełnia Wykonawca

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 2**

**SYSTEM IMPLANTU ŚLIMAKOWEGO DO LECZENIA CZĘŚCIOWEJ LUB CAŁKOWITEJ GŁUCHOTY –**

**sztuk: 10**

* **Pełna nazwa handlowa -** …………………………………………………………………………………………
* **Model -** ………………………………………………………………………………………………………………
* **Producent -** …………………………………………………………………………………………………………
* **Numer katalogowy -** ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1. | Możliwość dostarczenia implantu z około wrzecionową pamięcią kształtu, gdzie aplikowana średnica aktywnej części elektrody jest nie większa niż 0,4 mm, a maksymalna aktywnej części elektrody jest nie większa niż 0,6 mm. |  |
| 2. | Możliwość dostarczenia procesora dźwięku z wbudowanym aparatem słuchowym do jednoczesnej stymulacji elektro-akustycznej. W przypadku wykluczającym zastosowanie procesora dźwięku na małżowinie usznej, możliwość zastosowania procesora dźwięku umieszczonego poza uchem (bez kabla łączącego cewkę nadawczą z procesorem dźwięku) |  |
| 3. | Możliwość przeprowadzenia bezpośredniego bezprzewodowego pomiaru odpowiedzi nerwu słuchowego za pośrednictwem implantu, procesora dźwięku i urządzenia zdalnie sterowanego (pilot) bez dodatkowych urządzeń i kabli pośredniczących. |  |
| 4. | W ramach oferowanej ceny możliwość wyboru co najmniej 3 rodzajów elektrod w zależności od warunków anatomicznych i niedosłuchu pacjenta (w tym możliwość dostarczenia implantu z elektrodą perimodiolarną oraz implantu z elektrodą prostą dla przypadków wykluczających zastosowanie elektrod z kładem perimodilarnym. |  |
| 5. | Liczba rzeczywistych kanałów stymulacji – niezależnych źródeł stymulacji w implancie ≥ 16 elektrod. Należy podać w opisie ilość niezależnych źródeł stymulacji. |  |
| 6. | Możliwość zmiany parametrów (progi słuchowe mapy, głośność, czułość) ustawień procesora dźwięku za pośrednictwem aplikacji na urządzenia typu smartphone z systemem MFi i Android. |  |
| 7. | Możliwość wykonania badań MRI do 3.0 Tesla u pacjenta zaimplantowanego bez konieczności usuwanie implantu. |  |
| 8. | Maksymalna grubość odbiornika – części wszczepialnej nie większa niż 4,5 mm. |  |
| 9. | Możliwość tymczasowego usunięcia magnesu z części odbiornika / stymulatora. |  |
| 10. | Możliwość dostarczenia zewnętrznego mikrofonu bezpośrednio komunikującego się z procesorem dźwięku w technologii 2,4 GHz bez dodatkowych urządzeń i kabli pośredniczących. |  |
| 11. | Możliwość bezprzewodowego, bez dodatkowych kabli i innych przewodów programowania ( zmiana progów MAP) procesora dźwięku. |  |
| 12. | Obecność kompetentnego Przedstawiciela Producenta systemu implantu ślimakowego podczas operacji, przy pierwszym ustawieniu procesorów dźwięku oraz podczas sprawdzania systemu implantu w przypadku konieczności poszerzenia diagnostyki. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania jakościowe** | **Opis oferowanych produktów w odniesieniu do wymagań Zamawiającego\*** |
| 1. | Aplikacja na platformy Android i MFi umożliwiająca wyszukanie procesora.  Tak – 5pkt.; Nie – 0 pkt. |  |
| 2. | Możliwość odczytywanie historii pracy / użytkowania procesora dźwięku.  Tak – 5pkt.; Nie – 0 pkt. |  |
| 3. | Możliwość dostarczenia procesora zausznego i pozaustnego spełniającego normę IP68.  Tak – 5pkt.; Nie – 0 pkt. |  |
| 4. | Oprogramowanie umożliwiające przeprowadzenie pomiarów oceny kształtu elektrody w strukturach ślimaka.  Tak – 5pkt.; Nie – 0 pkt. |  |

\*wypełnia Wykonawca

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 3 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 3**

**IMPLANTY ZAKOTWICZONE W KOŚCI SKRONIOWEJ WRAZ Z PROCESOREM DŻWIĘKU –**

**sztuk: 10**

* **Pełna nazwa handlowa -** …………………………………………………………………………………………
* **Model -** ……………………………………………………………………………………………………………...
* **Producent -** …………………………………………………………………………………………………………
* **Numer katalogowy -** ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| **I.** | **CZĘŚĆ IMPLANTOWA** |
| 1. | Tytanowy implant o długości 4mm, samogwintujący się |  |
| 2. | Możliwość badania MRI min. 1,5T – badania bez interwencji chirurgicznej lub zabiegowej |  |
| 3. | Dystans uwzględniający grubość tkanki podskórnej (dostępnych przynajmniej 4 warianty grubości tkanki podskórnej). |  |
| **II.** | **OSPRZĘT CHIRURGICZNY WYMAGANY DO PROWADZENIA IMPLANTACJI – jednorazowego użytku** |  |
| 1. | Niezbędny, kompletny osprzęt chirurgiczny wymagany do przeprowadzenia implantacji: narzędzie do wkręcania, miarki, wzornik (m.in. wiertło naprowadzające o długości 4 mm, przyrząd do wykonania otworu w skórze, nasadka na zaczep na czas leczenia). |  |
| 2. | Wymagana obecność inżyniera klinicznego przy zabiegach . |  |
| **III.** | **CYFROWY ROCESOR DŹWIĘKU – WYMAGANIA TECHNICZNE:  min. 45 dB do 65 dB** |  |
| 1. | Cyfrowe przetwarzanie sygnału. |  |
| 2. | Cyfrowy procesor dźwięku – wzmocnienie procesora min. 45 dB HL do 65 dB HL, w zależności od bieżących potrzeb Zamawiającego. |  |
| 3. | Zauszny procesor dźwięku wykorzystujący standardowe, ogólnie dostępne baterie zasilające. |  |
| 4. | System redukcji sprzężeń akustycznych. |  |
| 5. | Min. 4 programy użytkowe. |  |
| 6. | Regulator tonów niskich. |  |
| 7. | Zasilanie bateryjne – w komplecie 1 paczka baterii. |  |
| 8. | Zabezpieczenia procesora i jego części składowych (mikrofon, głośnik) przed czynnikami zewnętrznymi. |  |
| 9. | Co najmniej 2 kolory obudowy procesora (czarny, brązowy, srebrny, beżowy / żółty. |  |
| 10. | Komunikacja procesora dźwięku z akcesoriami bezprzewodowymi, w tym z telefonem, możliwa poprzez łączność bezpośrednio z procesorem bez konieczności użycia pętli na szyi lub kabli, możliwość sterowania procesorem za pomocą pilota lub aplikacji na telefon. |  |
| 11. | Pełne dopasowanie procesora dźwięku możliwe poprzez przewodowy interfejs (np. NOAH-link) oraz bezprzewodowy (bez użycia kabli czy bezpośredniego podłączenia do przekaźnika lub komputera). |  |
| 12. | Wielokanałowy mikrofon kierunkowy z funkcją kompensacji pozycji w celu eliminacji cienia małżowiny usznej. |  |
| 13. | Możliwość protezowania pacjenta na elastycznej opasce do momentu obciążania implantu z wykorzystaniem oferowanego procesora dźwięku, a nie dodatkowego aparatu słuchowego. |  |
| 14. | Wbudowane min. 2 mikrofony. |  |
| 15. | Wymagany okres gwarancji wynosi min. 24 miesiące i rozpoczyna się z chwilą odbioru procesora przez Zamawiającego. W okresie gwarancji Wykonawca będzie świadczył w ramach kwoty wynagrodzenia umownego naprawy gwarancyjne i przeglądy serwisowe wraz z koniecznym transportem. |  |

\*wypełnia Wykonawca

**UWAGA!**Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia minimalnych parametrów technicznych wymaganych przez Zamawiającego w rubryce parametry oferowane przez wykonawcę wraz z opisem. Zaoferowany według ww. wymagań przedmiot zamówienia musi być gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 4 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 4**

**Cyfrowy procesor dźwięku o wzmocnieniu na poziomie od 45 dB do 65 dB HL do implantu zakotwiczonego w kości skroniowej na przewodnictwo kostne, kompatybilny ze wzornikami Cochlear TYPU ba200, ba210, ba300, ba400, oraz kompatybilne ze wspornikami typu PONTO** **–**

**sztuk: 5**

* **Pełna nazwa handlowa -** ……………………………………………………………………………………………………
* **Model -** …………………………………………………………………………………………………………………………
* **Producent -** ……………………………………………………………………………………………………………………
* **Numer katalogowy -** …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1 | Procesor dźwięku z możliwością kompensacji w zależności od poziomu niedosłuchu pacjenta – 45 dB HL, 55 dB HL lub 65 dB HL.  Pełna dostępność wzmocnienia w zależności od zapotrzebowania. |  |
| 2 | Zaczep oferowanych procesorów kompatybilne ze wspornikami Cochlear typu BA200, BA210, BA300, BA 400 oraz kompatybilne ze wspornikami typu PONTO. |  |
| 3 | Zaczepy oferowanych procesorów kompatybilne z magnesem zewnętrznym w przypadku systemu magnetycznego lub rozważanej u pacjenta w przyszłości wymiany wspornika na magnes. |  |
| 4 | Sposób zatrzaskiwania samego procesora uniwersalnie w zależności od rozwiązania: do wewnątrz wspornika implantu lub do wewnątrz zaczepu magnesu. Bezpośrednie połączenie procesora ze wspornikiem lub magnesem bez konieczności użycia dodatkowych elementów pośredniczących. |  |
| 5 | Zauszny procesor dźwięku – uniwersalny na ucho lewe i prawe – wykorzystujący standardowe ogólnie dostępne baterie zasilające lub akumulatory (w zestawie 1 kpl.) |  |
| 6 | W pełni automatyczny wielokanałowy mikrofon kierunkowy z funkcją kompensacji pozycji w celu eliminacji cienia małżowiny uszne, min. 17 kanałów przetwarzania sygnału |  |
| 7 | Dostępność w min. 4 kolorach – oryginalna obudowa procesowa |  |
| 8 | Komunikacja procesora dźwięku z akcesoriami bezprzewodowymi możliwa przez łączność bezpośrednio z procesorem bez konieczności użycia pętli na szyi lub kabli. Możliwość sterowania procesorem oraz sprawdzenia statusu pracy za pomocą pilota lub telefonu komórkowego bez dodatkowych urządzeń pośredniczących. |  |
| 9 | Komunikacja procesora dźwięku z akcesoriami bezprzewodowymi możliwa przez łączność bezpośrednio z procesorem bez konieczności użycia pętli na szyi lub kabli. Możliwość sterowania procesorem oraz sprawdzenia statusu pracy za pomocą pilota lub telefonu komórkowego bez dodatkowych urządzeń pośredniczących. |  |
| 10 | Możliwość podłączenia procesora do elastycznej opaski. |  |
| 11 | Obecność inżyniera klinicznego przy pierwszych podłączeniach procesorów dźwięku – inżynier przeprowadzi szkolenie dla pacjentów z obsługi procesorów dźwięku. |  |
| 12 | Czas trwania serwisu, od dostarczenia przez pacjenta do odbioru, nie dłuższy niż 10 dni roboczych. |  |

\*wypełnia Wykonawca

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 5**

**SYSTEM IMPLANTU ŚLIMAKOWEGO Z PROCESOREM DŹWIĘKU – sztuk: 6**

* **Pełna nazwa handlowa -** …………………………………………………………………………………………………
* **Model -** ……………………………………………………………………………………………………………………..
* **Producent -** ………………………………………………………………………………………………………………
* **Numer katalogowy -** ……………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WZMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1. | Implant z tytanową obudową części wewnętrznej – jeżeli istnieje dodatkowa powłoka na obudowie implantu np. sylikonowa, należy ją uwzględnić w opisie. |  |
| 2. | Liczba rzeczywistych kanałów stymulacji – liczba niezależnych źródeł stymulacji: nie mniejsza niż 16. |  |
| 3. | Implant wyposażony w rozwiązanie umożliwiające perimodiolarne umiejscowienie elektrod. |  |
| 4. | Możliwość wyboru elektrody do różnego rodzaju warunków anatomicznych w uchu pacjenta (w tym możliwość dostarczenia implantu z elektrodą prostą dla przypadków wykluczających zastosowanie elektrody z układem perimodiolarnym). Należy podać dokładny opis elektrod możliwych do zastosowania. |  |
| 5. | Możliwość pomiarów telemetrycznych za pośrednictwem implantu i programatora (pomiar impedancji, pomiar odpowiedzi nerwu słuchowego na stymulację elektryczną). |  |
| 6. | Możliwość tymczasowego usunięcia magnesu z części wewnętrznej w przypadku konieczności wykonania badania MRI o natężeniu pola powyżej 1,5 T. W przypadku natężenia pola mniejszego lub równego 1,5 T możliwość wykonania badania MRI bez konieczności usuwania magnesu. |  |
| 7. | Zauszny procesor dźwięków wyposażony w dwa mikrofony. |  |
| 8. | Procesor dźwięków automatycznie dopasowujący się do warunków akustycznych otoczenia. |  |
| 9. | Możliwość zastosowania na uchu niezaimplantowanym zewnętrznego, zausznego aparatu słuchowego lub mikrofonu bezpośrednio komunikującego się z procesorem dźwięku bez dodatkowych urządzeń i kabli pośredniczących. |  |
| 10. | Obecność kompetentnego przedstawiciela firmy (producenta implantu) podczas operacji oraz przy pierwszym podłączeniu procesora dźwięku. |  |
| 11. | Gwarancja na część wszczepialną implantu minimum 10 lat, a na procesor dźwięku (cześć zewnętrzną) minimum 3 lata. |  |

\*wypełnia Wykonawca

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PAKIET 6**

**PROCESOR DŹWIĘKU DO IMPLANTU ŚLIMAKOWEGO** **– sztuk: 15**

* **Pełna nazwa handlowa -** ……………………………………………………………………………………………
* **Model -** …………………………………………………………………………………………………………………
* **Producent -** ……………………………………………………………………………………………………………
* **Numer katalogowy -** …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1. | Procesor dźwięku kompatybilny z wszczepialną częścią systemu implantu ślimakowego Advanced Bionics.  H: Res Advantage 9OK, ULTRA, ULTRA 3D. |  |
| 2. | Procesor dźwięku z możliwością zastosowania technologii słyszenia obu usznego. |  |
| 3. | Procesor dźwięku z możliwością bezprzewodowego przekazywania sygnału do drugiego procesora  (u pacjentów implantowanych bilateralnie). |  |
| 4. | Zauszny procesor dźwięku wyposażony w dwa mikrofony. |  |
| 5. | Procesor dźwięku automatycznie dopasowujący parametry pracy do warunków akustycznych otoczenia. |  |
| 6. | Klasa wodoszczelności procesora dźwięku:  minimum IP57. |  |
| 7. | Gwarancja na procesor dźwięku: minimum 3 lata. |  |
| 8. | Zapewnienie systematycznych aktualizacji oprogramowania do programowania procesora dźwięku i pomiarów implantu. |  |
| 9. | Zapewnienie szkolenia dla zespołu Kliniki dotyczące stosowania systemu implantu ślimakowego (aktualizacje oprogramowania, nowe możliwości techniczne). |  |

\*wypełnia Wykonawca

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH PROCESORÓW DŹWIĘKU   
SYSTEMU IMPLANTU ŚLIMAKOWEGO PODDAWANYCH OCENIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oceniany parametr techniczny** | **Dodatkowe informacje na temat parametru podlegającego ocenie** | **Parametr techniczny (ocena punktowa)** | **Dodatkowe uwagi** | **PARAMETRY OFEROWANE –** opisać, wypełnić\*  (opis oferowanych implantów, numer strony załączonego folderu/ulotki)  Należy wskazać wszystkie parametry wskazane przez Zamawiającego |
| 1. | Liczba programów możliwych do zapisania w procesorze dźwięku. | 1 program  2 – 3 programy  > 3 programy | 1 pkt.  3 pkt.  5 pkt. |  |  |
| 2. | Możliwość zastosowania różnych strategii kodowania dźwięku. | 1 strategia  2 – 3 strategie  >3 strategie | 1 pkt.  3 pkt.  5 pkt. |  |  |
| 3. | Możliwość zastosowania cewki telefonicznej w procesorze dźwięku. | NIE  TAK | 0 pkt.  2 pkt. |  |  |
| 4. | Możliwość podłączenia systemów wspomagających rozumienie mowy (FM lub Roger) do procesora dźwięku. | NIE  TAK | 0 pkt.  2 pkt. |  |  |
| 5. | Procesor dźwięku z możliwością zasilania bateryjnego. | NIE  TAK | 0 pkt.  2 pkt. |  |  |
| 6. | Możliwość zasilania za pomocą akumulatorów. | NIE  TAK | 0 pkt.  2 pkt. |  |  |

\*Wypełnia Wykonawca

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

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 7 do SWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

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

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

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

Tel. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym ……………………………………………

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy :

……………. ………………………………………………………………………….

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto

……………………………………………………………

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

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

## PAKIET Nr ………\*

## Cena ofertowa z podatkiem VAT ……………………………zł w tym VAT ……………..%

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

**Cena za 1 sztukę z podatkiem VAT** ………………. **zł**

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

## \**Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, ile części - Pakietów oferuje. Należy wpisać numer oferowanego Pakietu.*

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że należymy do grupy **małych / średnich przedsiębiorstw / dużych przedsiębiorstw 2**
3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_3 do \_\_\_\_3 informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ, projektem umowy, i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do **powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w rozdziale II podrozdziale 9 SWZ:
9. **Tak2** powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………………………………….…………………3  
    **Nie2**.
10. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia2**: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..3

*1  należy wpisać numer oferowanego Pakietu i powtórzyć w/w zapis (w ramce) tyle razy ile pakietów jest oferowanych*

*2  niepotrzebne skreślić*

*3  wypełnia wykonawca*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2021 roku

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

1) rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

*2 niepotrzebne skreślić*

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik Nr 10 do SWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic 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. 108 ust. 1 pkt.5 ustawy z dnia 11 września 2019r**

**Prawo zamówień publicznych** (Dz.U. poz. 2019 ze zm),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA IMPLANTÓW LARYNGOLOGICZNYCH, *sygn. sprawy: ZP-21-066UN***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, że:

1. nie zawarłem z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji.
2. Oświadczam, że należąc do tej samej grupy kapitałowej co wykonawca ………………………………… w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/ochrona-konkurencji-i-konsumentow-17337528) z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, złożona oferta została przygotowana odrębnie i przygotowana niezależnie od oferty wykonawcy ……………………………..[[1]](#footnote-1)

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

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

PODPIS WYKONAWCY

1. *należy wypełnić jeżeli zostały złożone oferty wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej* [↑](#footnote-ref-1)