**Załącznik nr 1 1a do swz**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH  
Aparat USG wysokiej klasy z 4 sondami – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa ultrasonografu** | Podać |  |
| **Producent** | Podać |  |
| **Kraj** | Podać |  |
| **Oferent** | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii pracy, fabrycznie nowy – nierekondycjonowany i nie demonstracyjny. Aparat wprowadzony do produkcji min 2023r. Rok produkcji 2024, wersja oprogramowania 2024 | Tak, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy aparatu:  min 1 – 24 MHz | Tak |  |
|  | Procesor min intel i7 taktowanie min 3 GHz, karta graficzna min NIVIDA GeForce GTX 1660, Pamięć RAM 16 GB DDR4 SDRAM, 1x HDMI o rozdzielczości min 1920x1080 px | Tak |  |
|  | Dynamika systemu min. 320 dB | Tak |  |
|  | Technologia cyfrowa – system równoległego przetwarzania z cyfrową obróbką i cyfrowym kształtowaniem wiązki min. 32 wiązek jednocześnie z różnych kierunków | Tak |  |
|  | Ilość niezależnych kanałów odbiorczych:  min. 42 000 000 | Tak |  |
|  | Fizyczna ilość kanałów nadawczych TX i odbiorczych RX: min. po 256 | Tak |  |
|  | Ilość niezależnych identycznych gniazd bez pinowych dla różnego typu sond obrazowych: min. 5 | Tak |  |
|  | Monitor LED, wielkość ekranu min. 23,5 cala | Tak |  |
|  | Rozdzielczość monitora min. 1920x1080 pix. | Tak |  |
|  | Waga aparatu max. 115 kg | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji położenia monitora LED: prawo/lewo, przód/tył, góra/dół, pochylenie | Tak |  |
|  | Monitor umieszczony na min. 3 przegubowym ruchomym ramieniu | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wieszaki na sondy po lewej i prawej stronie konsoli/panelu. | Tak |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi dostępna na panelu dotykowym i wysuwana spod pulpitu | Tak |  |
|  | Ekran dotykowy min. 15 cali z możliwością programowania położenia poszczególnych funkcji. Obsługa ekranu jak tablet tj. przesuwanie dłonią poszczególnych okien. Możliwość zmiany kąta nachylenia ekranu | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości panelu sterowania min. 25 cm | Tak |  |
|  | Regulacja odchylenia panelu sterowania min. +/- 65 stopni | Tak |  |
|  | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów min. 30 000 obrazów | Tak |  |
|  | Maksymalna długość zapamiętanej prezentacji w trybie M/D-mode min. 150 sek. | Tak |  |
|  | Zintegrowany z aparatem system archiwizacji obrazów | Tak |  |
|  | System archiwizacji z możliwością zapisu w formatach min. BMP, JPEG, AVI, DICOM, Raw Data | Tak |  |
|  | Wewnętrzny dysk wykonany w technologii SSD tzw. systemowy min. 256 GB | Tak |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy HDD wykonany w technologii hybrydowej min. 2000 GB | Tak |  |
|  | Videoprinter cyfrowy czarno-biały | Tak |  |
|  | Eksportowanie obrazów na nośniki przenośne DVD/CD, Pen-Drive, HDD | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznego dysku do archiwizacji danych | Tak |  |
|  | Możliwość wydrukowania bezpośrednio z aparatu raportu z badań | Tak |  |
|  | Min. 5 portów USB 3.0 wbudowane w aparat  (do archiwizacji na pamięci typu Pen-Drive) – w tym min. jeden port umieszczony w panelu sterowania | Tak |  |
|  | Wbudowane w aparat wyjście HDMI | Tak |  |
|  | Wbudowane w aparat wyjście Ethernet 10/100/1000 Mbps, oraz moduł WiFi | Tak |  |
|  | Oprogramowanie DICOM 3.0 umożliwiające zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM – min. Media Storage, Verification, Storage (Network), Print, MWM (Modality Worklist Management), Query/Retrieve (QR), Structure Reporting | Tak |  |
|  | Start systemu z trybu Shutdown – max 35 sek. | Tak |  |
|  | **Obrazowanie** |  |  |
|  | Tryb 2D (B-mode) | Tak |  |
|  | Maksymalna głębokość penetracji od czoła głowicy min. 40 cm | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji TGC/LGC cyfrowe lub analogowe min. 8 stref do regulacji | Tak |  |
|  | Zakres bezstratnego powiększania obrazu w czasie rzeczywistym i zamrożonego, a także obrazu z pamięci: podać wartość powiększenia min. 20x | Tak |  |
|  | Porównywanie min. 10 ruchomych obrazów 2D tego samego pacjenta. | Tak |  |
|  | Maksymalna szybkość odświeżania obrazu w trybie B-Mode min. 4500 obr/sek | Tak |  |
|  | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D, PWD przy pomocy jednego przycisku (2D wzmocnienie, PWD skala, linia bazowa) | Tak |  |
|  | Ciągła optymalizacja wzmocnienia w trybie 2D | Tak |  |
|  | Obrazowanie trapezowe min. +/- 30 stopni | Tak |  |
|  | Obrazowanie rombowe | Tak |  |
|  | Oprogramowanie zwiększające dokładność, eliminujące szumy i cienie obrazu | Tak |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne na wszystkich zaoferowanych głowicach | Tak |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne z wykorzystaniem typu inwersji pulsu | Tak |  |
|  | Zastosowania technologii optymalizującej obraz w trybie B-mode w zależności od badanej struktury – dopasowanie do prędkości rozchodzenia się fali ultradźwiękowej w zależności od badanej tkanki | Tak |  |
|  | Zastosowanie technologii obrazowania „nakładanego” przestrzennego wielokierunkowego w trakcie nadawania i odbioru | Tak |  |
|  | Oprogramowanie ulepszające obrazowanie –wizualizację igły biopsyjnej | Tak |  |
|  | Tryb Duplex (2D + PWD) | Tak |  |
|  | Technologia przetwarzania sygnału RAW DATA pozwalająca po zamrożeniu obrazu na zmianę: min. wzmocnienia, dynamiki. | Tak |  |
|  | Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)** z HPRF | Tak |  |
|  | Zakres maksymalnej prędkości prędkości min. +/- 80 m/sek | Tak |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w zakresie min. 0,3 - 28 mm | Tak |  |
|  | Regulacja uchylności wiązki dopplerowskiej  min +/-20 stopni | Tak |  |
|  | Możliwość przesunięcia linii bazowej dopplera spektralnego na zamrożonym obrazie | Tak |  |
|  | Korekcja kąta bramki Dopplerowskiej  min. +/- 88 st. | Tak |  |
|  | Technologia optymalizująca zapis spektrum w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum na obrazie rzeczywistym i zamrożonym dla trybu Dopplera | Tak |  |
|  | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)**  działający w trybie wieloczęstotliwościowym | Tak |  |
|  | Prędkość odświeżania dla CD min. 660 klatek/sek | Tak |  |
|  | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego min. +/-20 stopni | Tak |  |
|  | Optymalizacja zapisów CD za pomocą jednego przycisku (min. dostosowanie linii bazowej i częstotliwości) | Tak |  |
|  | Tryb angiologiczny (Power Doppler) oraz Power Doppler kierunkowy | Tak |  |
|  | Tryb Dopplera Tkankowego (kolorowy i spektralny) | Tak |  |
|  | Tryb dopplerowski o wysokiej czułości i rozdzielczości dedykowany do małych przepływów | Tak |  |
|  | Tryb dopplerowskiego obrazowania naczyń narządów miąższowych (nerki, wątroba, tarczyca, jądra itp.) do wizualizacji bardzo wolnych przepływów poniżej 1 cm/sek. w mikronaczyniach, dostępny na głowicach min: convex, linia, endo. | Tak |  |
|  | Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym | Tak |  |
|  | Oprogramowanie aplikacyjne z pakietem oprogramowania pomiarowego do badań ogólnych: kardiologicznych, brzusznych, ginekologiczno-położniczych, tarczycy, sutka, piersi, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, naczyniowych, ortopedycznych, urologicznych | Tak |  |
|  | Liczba par kursorów pomiarowych min. 9 | Tak |  |
|  | Pakiet do automatycznego wyznaczania Intima Media Thicknes ( IMT) | Tak |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające wyznaczenie procentu unaczynienia w danym obszarze | Tak |  |
|  | Oprogramowanie do badania piersi w trybie B-Mode, dające możliwość wykonania analizy morfologicznej z automatycznym oraz półautomatycznym obrysem ewentualnych zmian nowotworowych, możliwość klasyfikacji nowotworowej ze skalą BI-RADS (piersi) oraz szereg funkcjonalności,dedykowany raport z badania piersi, metoda klasyfikacji ACR-BI RADS 2013 | Tak |  |
|  | Oprogramowanie do badania tarczycy w trybie B-Mode, dającą możliwość wykonania analizy morfologicznej z automatycznym oraz półautomatycznym obrysem ewentualnych zmian nowotworowych, możliwością klasyfikacji nowotworowej ze skalą TI-RADS (Tarczyca) oraz szereg funkcjonalności oraz dedykowany raport z tarczycy metoda klasyfikacji ACR TI-RADS 2017 | Tak |  |
|  | Moduł umożliwiający bezprzewodowe przesyłanie obrazów na telefony i tablety za pomocą sieci WIFI z wykorzystaniem kodu QR | Tak |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające wykonanie badania ze środkiem kontrastującym przy niskim indeksie mechanicznym. (CEUS) | Tak |  |
|  | **Elastografia** |  |  |
|  | Moduł Elastografii akustycznej typu Shear Wave, określający sztywność tkanek na podstawie analizy prędkości fali poprzecznej z regulacją pola analizy oraz prezentacją elastyczności tkanek za pomocą kolorów. Możliwość uzyskania wyników pomiarowych wyrażonych w kPa lub m/sek. | Tak |  |
|  | Analiza jakości otrzymywanych wyników w obrazowaniu elastografii akustycznej pozwalające ocenić gdzie jest najlepszy obszar do wykonania pomiaru. | Tak |  |
|  | Moduł Elastografii (typu strain) obliczający i wyświetlający sztywność względną tkanki w czasie rzeczywistym. Posiadająca wskaźnik prawidłowej siły ucisku wyświetlany na ekranie. Możliwość wykonywania obliczeń odległości i powierzchni oraz oprogramowanie umożliwiające porównywanie elastyczności min. 2 miejsc. | Tak |  |
|  | Pomiar stłuszczenia wątroby (atenuacja) | Tak |  |
|  | **Sondy** |  |  |
|  | **Sonda Convex do badań ogólnych wykonana w technologii Single Crystal.** | Tak  Podać model |  |
|  | Zakres pracy przetwornika min. 1,0 - 7,0 MHz | Tak |  |
|  | Kąt pola skanowania (widzenia) min. 110 stopni | Tak |  |
|  | Ilość elementów min. 192 | Tak |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |
|  | Możliwość pracy z oprogramowaniem do elatografii akustycznej (Shear Wave) kodowanej kolorem | Tak |  |
|  | Możliwość pracy z oprogramowaniem do Fuzji obrazów | Tak |  |
|  | **Sonda Liniowa wysokiej częstotliwości wykonana w technologii Single Crystal** | Tak  Podać model |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 17,0 MHz | Tak |  |
|  | Liczba elementów – min. 256 | Tak |  |
|  | Szerokość skanu max. 50 mm | Tak |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |
|  | Możliwość pracy z oprogramowaniem do elastografii typu strain i akustycznej (Shear Wave) kodowanej kolorem | Tak |  |
|  | **Sonda Liniowa wysokiej częstotliwości wykonana w technologii Single Crystal** | Tak  Podać model |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 8,0 – 25,0 MHz | Tak |  |
|  | Liczba elementów – min. 256 | Tak |  |
|  | Szerokość skanu min 51 mm | Tak |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |
|  | **Sonda sektorowa do badań kardiologicznych wykonana w technologii Single Crystal** | Tak  Podać model |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 7,0 MHz | Tak |  |
|  | Ilość elementów min. 80 | Tak |  |
|  | Kąt obrazowania min. 88 stopni | Tak |  |
|  | Głębokość penetracji minimum 40 cm | Tak |  |
|  | Praca w trybie II harmonicznej | Tak |  |
|  | **Możliwości rozbudowy systemu dostępne na dzień składania ofert** | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie pozwalające „nakładać” obrazy na ultrasonografie w trybie  B-mode z obrazami uzyskiwanych z CT i MR tzw. Fuzja obrazów w czasie rzeczywistym z synchronizacją płaszczyzn. Możliwość zastosowania fuzji obrazów na sondach convex | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb obrazowania 3D/4D z sond objętościowych (wolumetrycznych): convex, endocavity. | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o półprzezroczyste obrazowanie w trybie 4D umożlwiające jednoczesne wyświetlenie zarówno powierzchni badanego płodu jak i anatomicznych struktur wewnętrznych z możliwością zobrazowania wewnętrznego przepływu krwi | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie umożliwiające wykonanie badania z kontrastem w trybie 4D | Tak |  |
|  | Mozliwość rozbudowy o moduł Dopplera Ciągłego (CWD) | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do Stress Echo wraz z modułem EKG | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do śledzenia ruchu ściany (śledzenie plamek tzw. Speckle-tracking, Wall Motion Tracking lub podobne) umożliwiające analizę ilościową Strain i Strain Rate | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o automatyczne wyznaczanie frakcji wyrzutowej z obrazu 2D oraz GLS Global Longitudal Strain w projekcji 2 i 4 jamowej | Tak/Nie |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne z możliwością wykonywania pomiarów min. 100 cm | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie wykorzystujące algorytmy do analizy guzów jajnika zgodne z IOTA ADNEX | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł analizy pomiarów biometrycznych płodu opartych o narzędzie statystyczne Z-score | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o monitor OLED min. 27 cali o rozdzielczości 4K (3840 × 2160 pix) | Tak/Nie |  |
|  | **Dodatkowe** |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski | Tak |  |
|  | Możliwość zdalnego dostępu (połączenie szyfrowane, zapewnienie bezpieczeństwa danych zgodnie z RODO) do aparatu umożliwiającego świadczenie usług serwisowych przez autoryzowany serwis producenta. Zakres zdalnego serwisu min.: diagnostyka, opieka serwisowa, upgrade systemu | Tak |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych – min. 10 lat od daty podpisania protokołu odbioru | Tak |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z aparatem | Tak |  |

Uwaga: Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Kolumna „Parametr oferowany” musi być w całości wypełniona.

**Załącznik do umowy**

Gwarancja i serwis urządzeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu** | Warunki wymagane |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy | Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później. |
|  | Sposób zgłaszania awarii aparatu | Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem. |
|  | Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych | U Zamawiającego |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych | Przez okres min. 10 lat |
|  | **Inne istotne informacje:** | Podać: |
|  | Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |
|  | Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon) |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  | | |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  | | |
| Województwo, powiat |  | KRS (jeżeli dotyczy) |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Telefon |  | www |  |
| Osoba do kontaktu | Imię i nazwisko:  skrzynka ePUAP(jeżeli posiada): e-mail: | | |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem czy średnim przedsiębiorstwem? | [] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem  [] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem  [] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem  [] Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą  [] Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  [] Inny rodzaj  (właściwą odpowiedź zaznaczyć) | | |

Oferujemy realizację zamówienia za cenę:

Dostawa: …………………………………………………………………………….

**Pakiet 1 1a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO** | **STAWKA PODATKU VAT** | **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO** |
|  | % |  |

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 30 dni od podpisania umowy nie później niż do 11 grudnia 2024 |  |

Termin gwarancji:

|  |  |
| --- | --- |
| **OKRES GWARANCJI (MIN.)** | **OKRES GWARANCJI OFEROWANY** |
| 24 mies. |  |

**Oświadczamy, że:**

|  |
| --- |
| Zapoznaliśmy się ze specyfikacją wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty |
| Przyjmujemy warunki i terminy płatności |
| Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji |
| Zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru |
| Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. \*  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).  \* 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 2A DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, 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 PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.……………………………….…………. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

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. 1lub 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

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

**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.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835), oraz brzmieniu art. 5 k Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 08.04.2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L/111/1), oświadczam, że:

1. nie jestem Wykonawcę wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
2. nie jestem Wykonawcę, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
3. nie jestem Wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

**ZAŁĄCZNIK NR 2B DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. …………………………………………………………….. *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań *,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**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.

**ZAŁĄCZNIK DO SWZ**

**OŚWIADCZENIE GRUPA KAPITAŁOWA**

**O KTÓREJ MOWA W ART. 108 UST. 1 PKT 5 USTAWY PZP**

Dotyczy *(nazwa postępowania)* ………………………………………………………………………prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Solna 21, 61-736 Poznań

**Wykonawca:**

………………………………………….

*pełna nazwa/firma, adres*

oświadczam, co następuje:

Oświadczam/y, że ww. Wykonawca[[1]](#footnote-1):

* **nie należy do grupy kapitałowej**, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.
* **należy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu[[2]](#footnote-2):

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

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

1. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wraz z niniejszym oświadczeniem należy przedstawić dowody (dokumenty lub inne informacje) potwierdzające, że przygotowanie oferty nastąpiło niezależnie od Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej. [↑](#footnote-ref-2)