Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:*****(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie* *zamówienia)*** |  |
| **Adres:** |  |
| **Nr telefonu/faksu:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **nr NIP:** |  |
| **nr REGON:** |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest **zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego**, zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z opisem zawartym w SWZ za wynagrodzenie:

cena netto.........................…………..zł

(słownie: ...................................................................................................................................)

podatek VAT……%..........................................................................zł

cena brutto.........................…………..zł

(słownie: ...................................................................................................................................)

**Pozacenowe kryteria oceny ofert:**

- termin realizacji: **……. (wpisać liczbę dni; termin nie dłuższy niż 60 dni)**

- okres gwarancji na przedmiot zamówienia:

1) pojazd bazowy…………………. **(wpisać liczbę miesięcy; okres gwarancji nie krótszy niż 24 m-ce )**

2) przedział medyczny…………………. **(wpisać liczbę miesięcy, okres gwarancji nie krótszy niż 24 m-ce)**

1. Oświadczamy, że oferowana cena brutto obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą do terminu związania ofertą wskazanego w SWZ.

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

sami bez udziału podwykonawców \*\*/ z udziałem podwykonawców

……………………………………………………………………………………………

(opis części zamówienia powierzanej podwykonawcom)

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

(nazwa firmy podwykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

1. Zawarte w SWZ istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku udzielenia nam zamówienia do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach od ……. do …….informacje stanowiące **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa stanowi **Załącznik nr….** do oferty.

7. Wykonawca jest:

 [ ]  mikroprzedsiębiorstwem [ ]  małym przedsiębiorstwem[ ]  średnim przedsiębiorstwem [ ]  dużym przedsiębiorstwem

 (właściwe zaznaczyć)

 Zgodnie z artykułem 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:

1. do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,
2. małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
3. mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.
4. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne wynikające z art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Ofertę niniejszą składamy na \_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszej oferty są:
	1. …..
	2. …..
	3. …..
7. Podmiotowe środki dowodowe, które Zamawiający może uzyskać na zasadach określonych w art. 274 ust. 4 Pzp (wskazać rodzaj dokumentu i dane umożliwiające jego pobranie):
	* 1. ………
		2. ………
8. Oświadczam/my, że wypełniłem/wypełniliśmy w imieniu Zamawiającego obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*Informacje dla wykonawcy:*

* + 1. *Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy
		i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*
		2. *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 następuje np. przez jego wykreślenie).*

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

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 2 do SWZ

**FORMULARZ WYMAGANYCH – OFEROWANYCH**

**PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

**Ambulans winien spełniać warunki określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. 2016 poz. 2022), ambulans i wyposażenie medyczne powinno spełniać wymagania określone dla typu „C” w normie PN EN 1789+A1:2011 i PN EN 1865, wraz z dokumentami upoważniającymi Zamawiającego do zarejestrowania pojazdu jako ambulans sanitarny, a także posiadać następujące wyposażenie i parametry:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY** |  | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| **A** | **OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2021r., rok zabudowy 2021r | TAK/podać |  |
| Nazwa |  |
| Typ/Model |  |
| Producent/kraj |  |
| Rok prod. |  |
| 2 | Minimalny okres gwarancji:* na pojazd bazowy min. 36 miesięcy bez limitu kilometrów
* na przedział medyczny min. 24 miesiące
 | TAK/podać | Należy podać w formularzu ofertowym- Uwaga kryterium oceny ofert |
| 3 | Wymagany okres gwarancji:* na lakier 36 miesięcy
* na perforację nadwozia 120 miesięcy
 | TAK/podać |  |
| 4 | Homologacja na pojazd skompletowany. Nie dopuszcza się zabudowy przez firmę nie wpisaną w świadectwie homologacji | TAK/podać |  |
| 5 | Stacja serwisowa (dla serwisów gwarancyjnych i pogwarancyjnych) na terenie Leszna lub do 10 km od Leszna (podać adres) | TAK/podać |  |
| 6 | Przeglądy nie częściej niż co 20000km; | TAK/podać |  |
| 7 | Instrukcje obsługi przedmiotu oferty w języku polskim (dostawa wraz z przedmiotem umowy) | TAK/podać |  |
| **B** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1 | Samonośne, ocynkowane | TAK/podać |  |
| 2 | Boczne listwy ochronne | TAK/podać |  |
| 3 | Wszystkie szyby termoizolacyjne | TAK/podać |  |
| 4 | Drzwi boczne przesuwne z prawej strony | TAK/podać |  |
| 5 | Tylne drzwi nieprzeszklone | TAK/podać |  |
| 6 | Dach niski i wysoki lakierowany w kolorze nadwozia, super wysoki wykonany z tworzywa sztucznego | TAK/podać |  |
| 7 | Lusterka zewnętrzne elektrycznie regulowane i ogrzewane, ze zintegrowanymi kierunkowskazami typu LED oraz szeroko-kątnym szkłem | TAK/podać |  |
| 8 | Zbiornik paliwa o pojemności min. 80 l | TAK/podać |  |
| 9 | Zbiornik AdBlue o pojemności min. 20 l | TAK/podać |  |
| 10 | Przedni zderzak szary nielakierowany z lakierowanym w kolorze nadwozia panelem ozdobnym | TAK/podać |  |
| 11 | Osłona chłodnicy (grill) nielakierowany, z jedną chromowaną listwą ozdobną | TAK/podać |  |
| 12 | Uchwyty holownicze: z przodu i z tyłu | TAK/podać |  |
| **C** | **SILNIK** | TAK/podać |  |
| 1 | Minimum 175 KM | TAK |  |
| **D** | **ZAWIESZENIE PRZEDNIE** |  |  |
| 1 | Niezależne zawieszenie kół - kolumna typu Mc Phersona ze stabilizatorem | TAK/podać |  |
| 2 | wahacze poprzeczne | TAK/podać |  |
| **E** | **ZAWIESZENIE TYLNE** |  |  |
| 1 | Oś sztywna zawieszona na resorze piórowym, amortyzatory | TAK/podać |  |
| 2 | Maksymalne masy przypadające na osie:- oś przednia dla 3.5t ze wzmocnionym zawieszeniem przednim- oś tylna dla 3.5t ze wzmocnionym zawieszeniem przednim | TAK/podać |  |
| **F** | **UKŁAD PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  |  |
| 1 | Napęd na koła przednie | TAK/podać |  |
| **G** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
| 1 | Hydrauliczny, dwuobwodowy ze wspomaganiem | TAK/podać |  |
| 2 | Hamulce: przednie tarczowe wentylowane tylne tarczowe wentylowane  | TAK/podać |  |
| 3 | Hamulec postojowy tarczowy Wskaźnik zużycia klocków hamulcowych (diagonalne położenie czujników) | TAK/podać |  |
| **H** | **SYSTEMY WSPOMAGAJĄCE** |  |  |
| 1 | elektroniczny system stabilizacji toru jazdy uwzględniający obciążenie pojazdu | TAK/podać |  |
| 2 | zapobieganie blokowaniu kół podczas hamowania | TAK/podać |  |
| 3 | zabezpieczanie przed blokowaniem kół napędowych podczas hamowania silnikiem | TAK/podać |  |
| 4 | elektroniczny rozdział siły hamowania między przednią a tylną osią, (korektor siły hamowania EBV) | TAK/podać |  |
| 5 | układ przeciwpoślizgowy napędu (ASR) | TAK/podać |  |
| 6 | hydrauliczny asystent hamowania (wspomaganie hamowania awaryjnego BAS) | TAK/podać |  |
| 7 | osuszanie tarcz hamulcowych | TAK/podać |  |
| 8 | adaptacyjna kontrola ładunku | TAK/podać |  |
| 9 | asystent bocznego wiatru | TAK/podać |  |
| 10 | asystent ruszania ze wzniesienia | TAK/podać |  |
| 11 | Hamulec wielokolizyjny | TAK/podać |  |
| **I** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  |  |
| 1 | Elektromechaniczne wspomaganie układu kierowniczego | TAK/podać |  |
| 2 | Blokada koła kierownicy | TAK/podać |  |
| 3 | Regulacja kolumny kierownicy w 2 płaszczyznach | TAK/podać |  |
| **J** | **KOŁA/OPONY** |  |  |
| 1 | opony o zmniejszonym oporze toczenia | TAK/podać |  |
| 2 | Komplet opon zimowych i letnich | TAK/podać |  |
| **K** | **PRZESTRZEŃ ŁADUNKOWA** |  |  |
| 1 | Ściana działowa bez okna | TAK/podać |  |
| 2 | Uchwyt wejściowy przy ścianie działowej w przestrzeni ładunkowej/pasażerskiej | TAK/podać |  |
| 3 | Uchwyty do mocowania ładunku w przestrzeni ładunkowej | TAK/podać |  |
| 4 | Oświetlenie przestrzeni ładunkowej | TAK/podać |  |
| 5 | Podłoga stalowa | TAK/podać |  |
| 6 | 1 klin pod koło w uchwycie w przestrzeni ładunkowej | TAK/podać |  |
| **L** | **WYPOSAŻENIE** |  |  |
| 1 | Instalacja 12V | TAK/podać |  |
| 2 | Akumulator wzmocniony minimum 420A(70Ah) | TAK/podać |  |
| 3 | Alternator wzmocniony minimum 140A | TAK/podać |  |
| 4 | Drugi akumulator z przekaźnikiem rozłączającym i funkcją monitorowania akumulatora | TAK/podać |  |
| 5 | Immobiliser | TAK/podać |  |
| 6 | Halogenowe przednie reflektory | TAK/podać |  |
| 7 | Światła do jazdy dziennej z automatycznie uruchamianymi światłami mijania | TAK/podać |  |
| 8 | Boczne światła pozycyjne  | TAK/podać |  |
| 9 | światła przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | TAK/podać |  |
| 10 | Funkcja typu "Leaving Home" oraz manualna funkcja typu "Comming Home" | TAK/podać |  |
| 11 | Trzecie światło STOP | TAK/podać |  |
| 12 | Poduszka powietrzna dla kierowcy | TAK/podać |  |
| 13 | 3-punktowe pasy bezpieczeństwa z napinaczem z regulacja wysokości oraz elektryczny napinacz pasów | TAK/podać |  |
| 14 | Centralny zamek sterowany pilotem | TAK/podać |  |
| 15 | Szyby w kabinie kierowcy sterowane elektrycznie | TAK/podać |  |
| 16 | Lusterka zewnętrzne elektrycznie regulowane i ogrzewane | TAK/podać |  |
| 17 | Fotel kierowcy z regulacją w 3 płaszczyznach, regulacją pochylenia poduszki siedzenia oraz elektryczną regulacją podparcia odcinka lędźwiowego w 4 kierunkach podłokietnik przy fotelu kierowcy po prawej i lewej stronie | TAK/podać |  |
| 18 | Siedzenie dwuosobowe obok kierowcy ze schowkiem pod siedziskiem, regulacja siedzenia w 3 płaszczyznach, regulacja pochylenia poduszki siedzenia oraz elektryczna regulacja podparcia odcinka lędźwiowego w 4 kierunkach, podłokietnik przy fotelu kierowcy po prawej i lewej stronie | TAK/podać |  |
| 19 | Tapicerka materiałowa (AS) odporna na zabrudzenia | TAK/podać |  |
| 20 | czujnik deszczu i zmierzchu i wycieraczki z automatyczną regulacją prędkości wycierania | TAK/podać |  |
| 21 | ogrzewane dysze spryskiwaczy szyby przedniej | TAK/podać |  |
| 22 | czujniki parkowania z przodu i z tyłu | TAK/podać |  |
| 23 | 6-stopniowa manualna skrzynia biegówDźwignia zmiany biegów w formie joysticka | TAK/podać |  |
| 24 | Radio | TAK/podać |  |
| 25 | zintegrowany zestaw głośnomówiący Bluetooth | TAK/podać |  |
| 26 | czytnik kart SD | TAK/podać |  |
| 27 | Koło zapasowe z koszem mocującym i zestawem narzędzi z podnośnikiem :* kosz na koło zapasowe
* koło zapasowe
* zestaw narzędzi i podnośnik
 | TAK/podać |  |
| 28 | Literatura pokładowa | TAK/podać |  |
| 29 | Schowek w desce rozdzielczej | TAK/podać |  |
| 30 | schowki nad głową z dwoma kieszeniami 1 DIN, oraz lampka do czytania | TAK/podać |  |
| 31 | Półki pod przednią szybą (w górnej części deski rozdzielczej) | TAK/podać |  |
| 32 | Gniazdo 12 V w kabinie kierowcy | TAK/podać |  |
| 33 | System start-stop, funkcja odzyskiwania energii hamowania | TAK/podać |  |
| 34 | Prędkościomierz z licznikiem kilometrów, obrotomierz | TAK/podać |  |
| 35 | Wyświetlacz wielofunkcyjny PLUS | TAK/podać |  |
| 36 | Kierownica wielofunkcyjna, umożliwiająca obsługę radia i telefonu komórkowego | TAK/podać |  |
| 37 | dwa dodatkowe kluczyki z funkcją zdalnego sterowania | TAK/podać |  |
| 38 | wyłącznik główny akumulatora  | TAK/podać |  |
| 39 | alarm z własnym zasilaniem, funkcją dozoru wnętrza i zabezpieczeniem przed odholowaniem  | TAK/podać |  |
| 40 | wysoki dach | TAK/podać |  |
| 41 | wzmocnione zawiasy w drzwiach kierowcy | TAK/podać |  |
| 42 | drzwi przesuwne po lewej stronie | TAK/podać |  |
| 43 | drzwi tylne z szybami  | TAK/podać |  |
| 44 | 4 gniazdka 12 V (3 na desce rozdzielczej, 1 w obudowie fotela kierowcy) | TAK/podać |  |
| 45 | kierownica wielofunkcyjna, umożliwiająca obsługę radia i telefonu komórkowego | TAK/podać |  |
| 46 | 1 klimatyzacja półautomatyczna  | TAK/podać |  |
| 47 | lusterko wsteczne wewnętrzne | TAK/podać |  |
| 48 | lusterka zewnętrzne elektrycznie składane, regulowane i ogrzewane | TAK/podać |  |
| 49 | przesuwne okno boczne - z przodu po prawej stronie | TAK/podać |  |
| 50 | elektryczne ogrzewanie pomocnicze 1.4 kW, przednie | TAK/podać |  |
| 51 | poduszka bezpieczeństwa kierowcy i dla pasażera | TAK/podać |  |
| 52 | poduszki powietrzne boczne w kabinie kierowcy oraz kurtyny powietrzne | TAK/podać |  |
| 53 | regulacja prędkości obrotowej silnika na postoju (ADR) | TAK/podać |  |
| 54 | ściana działowa bez okna | TAK/podać |  |
| 55 | szyba przednia ogrzewana | TAK/podać |  |
| 56 | drzwi tylne –270 stopni | TAK/podać |  |
| 57 | uchwyt wejściowy przy ścianie działowej w przestrzeni ładunkowej/pasażerskiej  | TAK/podać |  |
| 58 | przygotowanie do elektrycznego wentylatora w przestrzeni ładunkowej | TAK/podać |  |
| 59 | wyświetlacz wielofunkcyjny | TAK/podać |  |
| **Ł** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
| 1 | Wymiary minimalne przedziału medycznego – (długość - 3250 mm, szerokość 1700 mm, wysokość 1850 mm) | TAK/podać |  |
| 2 | Podłoga wzmocniona, antypoślizgowa, łatwo zmywalna, połączona szczelnie z pokryciem boków - typu „wanna”, umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy | TAK/podać |  |
| 3 | izolacja termiczna i akustyczna obejmująca ściany oraz sufit zapobiegająca skraplaniu się pary wodnej | TAK/podać |  |
| 4 | Ściany boczne, sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące | TAK/podać |  |
| 5 | Ściany boczne wzmocnione płytami z aluminium, przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego | TAK/podać |  |
| 6 | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z drzwiami otwieranymi/zamykanymi, z oknem umożliwiającym komunikowanie się pomiędzy przedziałem medycznym i kabiną kierowcą | TAK/podać |  |
| 7 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) | TAK/podać |  |
| 8 | Zabudowa meblowa zgodna z normą 1789; dodatkowo schowek na leki psychotropowe zamykany zamkiem szyfrowym, blat roboczy do przygotowywania leków, dwa kosze na śmieci, uchwyty do mocowanie rękawiczek (trzy sztuki), opcjonalnie pojemniczki plastikowe do segregacji i porządkowania leków schowane za roletą; (ostateczny układ zabudowy meblowej do uzgodnienia po podpisaniu umowy) Uchwyty dla personelu (sufitowy, przy drzwiach tylnych, przy drzwiach bocznych, ścienny na prawej ścianie, na drzwiach tylnych) | TAK/podać |  |
| 9 | Uchwyt na płyny infuzyjne (na cztery sztuki płynów) | TAK/podać |  |
| 10 | stacjonarny ogrzewacz płynów infuzyjnych | TAK/podać |  |
| 11 | Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna  | TAK/podać |  |
| 12 | Elektrycznie wysuwany stopień przy drzwiach wejściowych po prawej stronie | TAK/podać |  |
| 13 | Zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia przed ewentualnym przesunięciem w czasie ruchu pojazdu z jednoczesną gwarancją dostępu ich użycia | TAK/podać |  |
| 14 | Fotel na prawej ścianie, skierowany przodem do kierunku jazdy (obrotowy z regulacją kąta oparcia pod plecami) wyposażony w zintegrowane z oparciem trzypunktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowane oparcie i składane siedzisko | TAK/podać |  |
| 15 | Obrotowy i elektrycznie przesuwany fotel u wezgłowia noszy (za głową pacjenta) przy ścianie działowej, wyposażony w zintegrowane z oparciem trzypunktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowane oparcie i składane siedzisko  | TAK/podać |  |
| 16 | Laweta mechaniczna pod nosze główne – przesuwana na boki, wysuwana do tyłu z jednoczesnym pochyłem umożliwiającym wjazd noszy oraz pochył 10 stopni do pozycji Trendelenburga oraz antyTrendelenburga | TAK/podać |  |
| 17 | Energooszczędne oświetlenie umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | TAK/podać |  |
| 18 | Dwie listwy ledowe po trzy "aleje" | TAK/podać |  |
| 19 | Punktowe oświetlenie halogenowe zamocowane w suficie (obrotowe) - 2 szt. nad noszami + 1 szt. nad blatem roboczym | TAK/podać |  |
| 20 | Centralna instalacja tlenowa z dwoma punktami poboru typu AGA, przełącznik butla butla | TAK/podać |  |
| 21 | Gniazda o budowie monoblokowej panelowej (dwa punkty na ścianie lewej) | TAK/podać |  |
| 22 | Dwie sztuki butli tlenowych 10 l, z reduktorami o konstrukcji umożliwiającej montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy | TAK/podać |  |
| **M** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów  | TAK/podać |  |
| 2 | Gniazdo zewnętrzne umożliwiające podłączenie ambulansu do sieci 230 V na postoju + przewód min. 10 m (na pojeździe zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V) | TAK/podać |  |
| 3 | W przedziale medycznym cztery gniazda 12 V, trzy gniazda 230 V | TAK/podać |  |
| 4 | Przetwornica 230V | TAK/podać |  |
| 5 | Instalacja kamery cofania | TAK/podać |  |
| 6 | Głośnik w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do radiotelefonu lub radia | TAK/podać |  |
| 7 | Grzałka w układzie chłodzenia silnika | TAK/podać |  |
| 8 | Uchwyt pod tablet wraz z instlacją i modułem GPS | TAK/podać |  |
| 9 | Podstawa pod drukarkę wraz ze stacją dokującą. | TAK/podać |  |
| **N** | **PANELE STERUJĄCE ZABUDOWĄ** |  |  |
| 1 | Panel w kabinie kierowcy - sterujący pracą sygnalizacji dźwiękowej dodatkowej (pneumatycznej), informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych, informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V, informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy, informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego | TAK/podać |  |
| 2 | Panel w przedziale medycznym – informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu, z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data), z funkcją wyświetlania aktualnej temperatury wewnątrz termoboksu, sterujący oświetleniem przedziału medycznego, sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego, zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury  | TAK/podać |  |
| **O** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
| 1 | Nagrzewnica umożliwiająca ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik  | TAK/podać |  |
| 2 | Ogrzewanie postojowe z sieci 230 V - termowentylator | TAK/podać |  |
| 3 | Niezależne od pracy silnika ogrzewanie przedziału medycznego tzw. powietrzne o mocy ok. 5,5 kW | TAK/podać |  |
| 4 | Instalacja nawiewno-wywiewna (wentylator dachowy z lampą) | TAK/podać |  |
| 5 | Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji kabiny kierowcy samochodu bazowego na przedział medyczny | TAK/podać |  |
| **P** | **OZNAKOWANIE POJAZDU – ściśle wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne** |  |  |
| 1 | Pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli  | TAK/podać |  |
| 2 | Pas odblaskowy z foli typu 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu | TAK/podać |  |
| 3 | Pas odblaskowy z folii typu 1 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (pomiędzy linią okien i nadkoli) | TAK/podać |  |
| 4 | Logo "wąż Eskulapa" lub Państwowe Ratownictwo Medyczne po bokach i na dachu pojazdu | TAK/podać |  |
| 5 | Oznaczenie typu karetki na bokach i drzwiach pojazdu | TAK/podać |  |
| **6** | Napis Ambulans na dachu z przodu pojazdu (lustrzany) oraz z tyłu pojazdu | TAK/podać |  |
| **7** | Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2 / 3 wysokości folią pół przeźroczystą | TAK/podać |  |
| **8** | Logo lub napis Zamawiającego - do uzgodnienia po podpisaniu umowy | TAK/podać |  |
| **9** | naklejki sponsorów | TAK/podać |  |
| **Q** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA** |  |  |
| 1 | Belka świetlna typu LED zamontowana w przedniej części dachu | TAK/podać |  |
| 2 | Belka świetlna typu LED zamontowana umieszczona w tylnej części dachu | TAK/podać |  |
| 3 | Z przodu pojazdu zmontowane niebieskie lampy pulsacyjne typu LED (grill) - dwie sztuki | TAK/podać |  |
| 4 | Sygnalizacja modulowana realizowana przez głośnik zamontowany na pasie przednim, możliwość podawania komunikatów głosem - sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej | TAK/podać |  |
| 5 | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik, umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy oraz klakson pojazdu | TAK/podać |  |
| **R** | **DODATKOWE OŚWIETLENIE** |  |  |
| 1 | Lampy świateł awaryjnych na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu (lampy typu LED) dodatkowe kierunkowskazy oraz lampy obrysowe w tylnej górnej części nadwozia | TAK/podać |  |
| 2 | Reflektory zewnętrzne ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji z lewej i prawej strony oraz z tyłu pojazdu (reflektory typu LED) | TAK/podać |  |
| **S** | **ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |  |  |
| **1** | Antena radiotelefonu z instalacją podłączeniową | TAK/podać |  |
| **T** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1 | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym | TAK/podać |  |
| 2 | Młotek do wybijania szyb zintegrowany z nożem do cięcia pasów | TAK/podać |  |
| 3 | Radio w kabinie kierowcy, dywaniki podłogowe w kabinie kierowcy | TAK/podać |  |
| 4 | Lampka co-pilot (na giętkim przewodzie) w kabinie kierowcy | TAK/podać |  |
| 5 | Boczny stopień urządzenie do dekontaminacji | TAK/podać |  |
| **U** | **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE** |  |  |
| **UA** | **NOSZE GŁÓWNE – 1 KPL** | TAK |  |
| 1 | Nosze główne (podać markę i model):- potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha,- płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75°,- wysuwane rączki do przenoszenia- pasy zabezpieczające o regulowanej długości mocowane bezpośrednio do ramy noszy.- fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze- możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy,- cienki nie sprężynujący materac z tworzywa sztucznego o powierzchni antypoślizgowej nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące,- składany wieszak na pojemnik z płynami infuzyjnymi,- składane oparcia boczne,- nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi.- uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia i ułożenia głowy na wznak- wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście- waga noszy (bez pasów i materaca) do 23 kg- montaż systemu- szkolenie w zakresie obsługi,- Przeglądy gwarancyjne  | TAK/podać |  |
| **SUB** | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH – 1 KPL** | TAK |  |
| 1 | Transporter noszy głównych (podać markę i model, rok produkcji min. 2020)* z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami,
* z możliwością zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy,
* dodatkowe uchylne uchwyty transportera min. 4 główne uchwyty transportera oraz 2 dodatkowe ułatwiające manewrowanie , uchylne uchwyty dodatkowe z funkcją odblokowywania goleni
* przyciski blokady goleni kodowane kolorami
* z wielostopniową regulacją wysokości minimum w 4 poziomach,
* wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie o 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce
* możliwością zablokowania dwóch kół do jazdy na wprost,
* możliwość odblokowania kółek do jazdy na wprost realizowana przez fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera
* system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę.
* obciążenie dopuszczalne co najmniej 200 kg,
* rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia)
* transporter noszy musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie i środkami antykorozyjnymi, odporny na środki dezynfekujące.
* możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia,
* z systemem mocowania transportera do lawety ambulansu
* instrukcja obsługi zestawu transportowego umieszczona w widocznym miejscu,
* Waga transportera do 28 kg. - Dopuszcza się wyższą wagę transportera do 36 kg przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia (wszystkich punktów zgodności z wymogami normy poza wagą)
* montaż systemu
* szkolenie w zakresie obsługi,
* Przeglądy gwarancyjne
 | TAK/podać |  |
| UC | **Krzesełko kardiologiczne– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Krzesełko kardiologiczne - Podać markę, model i rok produkcji min 2020* wyposażone w gąsienicowy system płozowy do zjeżdżania po schodach
* musi umożliwiać bezpieczne, zarówno dla pacjenta jak i operatora krzesełka, transportowanie po schodach, bez narażania na przeciążenia
* Konstrukcja krzesełka wykonana z najwyższej jakości materiałów,
* 4 koła w tym 2 skrętne,
* możliwość złożenia do transportu w ambulansie,
* wysuwane rączki przednie,
* wysuwany uchwyt ramy oparcia,
* udźwig minimum 225 kg,
* podpórka pod stopy pacjenta,
* 2 pasy poprzeczne,
* dodatkowe rączki tylne,
* waga krzesełka max 10 kg,
* waga systemu płozowego max 4 kg.
 | TAK/podać |  |
| UD | S**SAK ELEKTRYCZNY– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Ssak elektryczny - Podać markę, model i rok produkcji min 2020Napięcie zasilania: 230 V AC- Moc: minimum 50 W- Maksymalny przepływ do 18 L / min- Maksymalne ciśnienie: 75 kPa- czas pracy z baterii do 60minut- Wymiary: 350 x 210 x 180 mm- Waga max: 4,9 kg | TAK/podać |  |
| UE | **AED – 1 KPL** |  |  |
| 1 | AED- Podać markę, model i rok produkcji min 2020:* wymiary 8,7 x 23,4 x 27,7 (cm) tolerancja +/- 2%
* waga max 3,2 kg
* wymiary ekranu min. 12 x 8,9 (cm) obszar aktywny
* wyraźne i jasne polecenia głosowe
* pełny zakres energii defibrylacji 150 - 360 J
* możliwa defibrylacja dzieci
* dwa tryby pracy AED oraz manualny dla doświadczonych ratowników
* możliwe zasilanie z baterii lub akumulatora
* bateria jest zużywalna, wykonuje ponad 420 wyładowań lub 5 lat pracy
* bateria ze wskaźnikiem naładowania, kontrola stanu gotowości sprzętu
* akumulator wielokrotnego użytku
* odporny na warunki zewnętrzne, wodę, wilgoć
* dopasowany do większości defibrylatorów w ambulansach
* serwisowany w Polsce
* 5 lat gwarancji
 | TAK/podać |  |
| UF | **Reduktor tlenowy– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Reduktor tlenowy - Podać markę, model i rok produkcji min 2020:* Precyzyjny, niesłabnący przepływ w zakresie minimum od 0 do 25 l/min
* Łatwe podłączenie za pomocą szybkozłącza
* Możliwość łatwego montażu bez narzędzi
* Zintegrowany zawór bezpieczeństwa i filtr 20 um
 | TAK/podać |  |
| UH | **DETEKTOR TĘTNA PŁODU– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Detektor tętna płodu - Podać markę, model i rok produkcji min 2020:- głowica BWP2MHz - wąskokątna, wodoodporna do badań w trakcie porodu w wodzie i ogólnego zastosowania- wysoka czułość, od 10 tygodnia ciąży- niski poziom szumów- czysty dźwięk- ręczna i automatyczna regulacja głośności- moduł ograniczenia zakłóceń kontaktowych- pomiar częstości akcji serca FHR, 50-210 bpm- automatyczny i ręczny pomiar częstości- wyjście na słuchawki (opcja)- zasilanie akumulatorowe- automatyczny wyłącznik- długi czas pracy akumulatorów- sygnalizacja stanu akumulatorów- zasilanie akumulatorowe- torba, akumulatory z szybką ładowarką | TAK/podać |  |
| UI | **PULSOKSYMETR– 1 KPL** |  |  |
| 1 | PULSOKSYMETR - Podać markę, model i rok produkcji min 2020:- Niewielkie i mobilne urządzenie dające szybki pomiar saturacji, pulsu oraz pomiaru stężenia dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu, - dwa tryby działania: ciągły jest niezbędny przy znieczulonych pacjentach, pojedynczy przydatny w pomiarach na świadomych zwierzętach.- zakres, przechowywania około 100 ID pacjentów, po około 200 zapisów wykresów i pomiarów na pacjenta lub do 48h danych pomiarowych.- możliwość ich zapisu w pamięci komputera | TAK/podać |  |
| **UJ** | **DOSTĘP DOSZPIKOWY– 1 KPL** |  |  |
| 1 | DOSTĘP DOSZPIKOWY- Podać markę, model i rok produkcji min 2020:- Napęd do wprowadzania igieł doszpikowych zasilanym akumulatorowo urządzeniem medycznym. w celu uzyskania bezpiecznego, kontrolowanego i natychmiastowego dostępu doszpikowego w nagłych przypadkach. | TAK/podać |  |
| UK | **MATERAC PRÓŻNIOWY– 1 KPL** |  |  |
| 1 | MATERAC PRÓŻNIOWY - Podać markę, model i rok produkcji min 2020:- Materac rozłożony – wymiary średnio wys/szer (mm.) - 2000x800- Materac złożony w torbie - wymiary średnio wys/szer/głęb (mm.) - 710x700x270- Materiał – PVC, zmywalny, łatwy do dezynfekcji- materiał odporny na przetarcia | TAK/podać |  |
| **UL** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE– 1 KPL** |  |  |
| 1 | KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE- Podać markę, model i rok produkcji min 2020:* Konstrukcja wykonana z wysokiej wytrzymałości stopu aluminium.
* Składana konstrukcja.
* Dwa regulowane pasy.
* 4 koła, z przodu obrotowe z hamulcem.
* Z tyłu krzesełka cztery składane uchwyty.
* Z przodu w dolnej części krzesełka dwa teleskopowe drążki do podnoszenia.
* Wymiary po rozłożeniu około 60 x 51 x 92 cm (dł. x szer. x wys.)
* Wymiary po złożeniu około 92 x 51 x 22 cm (dł. x szer. x wys.)
* Waga do 10 kg
* Maksymalne obciążenie średnio 160kg
 | TAK/podać |  |
| UŁ | **PLECAK REANIMACYJNY– 1 KPL** |  |  |
| 1 | - Plecak posiada wyjmowane ampularium na około 80 ampułek o różnych rozmiarach, oraz dodatkowe ampularium na średnio 9 ampułek z możliwością zamocowania do pasa:– wielokomorowa konstrukcja zadaniowa, w tym komora intubacyjna umożliwiająca posegregowanie wyposażenia (rurki, łopatki, rękojeść)– dodatkowe, umocowane na rzep organizery na inny sprzęt medyczny (worki, pulsoksymetry, etc.)– konstrukcja usztywniona pianką zmiękczającą, łatwa do usunięcia z zasuwanych komór– górna kieszeń zewnętrzna posiada izolowaną przestrzeń do przechowywania listy wyposażenia formatu A4– dolna kieszeń zewnętrzna przeznaczona na cztery komplety płynów infuzyjnych z aparatami do tłoczenia.- wykonany z materiału zmywalnego łatwego do dezynfekcji | TAK/podać |  |
| UM | **NOSZE PŁACHTOWE– 1 KPL** |  |  |
| 1 | * Wyposażone w system taśm uchwytów transportowych ze specjalnymi wzmocnieniami i gumowymi rączkami.
* Pozwalają na sprawne ułożenie pacjenta na stole operacyjnym lub łóżku.
* Wykonane z materiału dwustronnie pokrytego polichlorkiem winylu, o wysokich parametrach wytrzymałościowych na rozciąganie i rozrywanie.
* Łatwe do utrzymania w czystości.
* Konstrukcja składana ułatwia magazynowanie i przechowywanie.
* W zestawie **t**orba do transportu noszy**.**
 | TAK/podać |  |
| UN | **KOC BAKTERIOSTATYCZNY– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Koc bakteriooporny / Kołdra wielorazowa do Ratownictwa Medycznego. Wielkość: średnio koca. długość 180 x szerokość 120 cmMateriał:* tkanina spodnia zielona podgumowana a tkanina wierzchnia granatowa ortalion.
* wodoodporna
* Pokrycie: PA34% PES33% PU33% 120g/m2 lub materiał zmywalny
* Kolor dowolny
* Opakowanie, woreczek z foli
* Higieniczna i Antystatyczna
* CE-produkt bezpieczny
* produkt nadaje się do recyklingu
* Kołdra wykonana z materiału stanowiącego barierę przenikania, namnażanych drobnoustrojów na powierzchni kołdry, stanowi powierzchnię do łatwego zwalczania bakterii gam dodatnich i gram ujemnych.
 | TAK/podać |  |
| UO | **TERMOMETR– 1 KPL** |  |  |
| 1 | Czas pomiaru: 2-3 sekundyWyświetlany zakres temperatur: 20,0 ° C do 42,2 ° CZakres temperatury pracy: 10,0 ° C do 40,0 ° CDokładność: ± 0,2 ° C w zakresie 35,0 ° C do 42,0 ° CRodzaj wyświetlacza: Podświetlany wyświetlacz ciekłokrystalicznyAutomatyczne wyłączanie: Po około 10 sekundach po ostatnim pomiarzeBateria: 2 x 1,5 V typ AA (alkaliczne) lub AkumulatorŻywotność baterii: 1000 pomiarów (alkaliczne AA); 700 pomiarów na w pełni naładowany | TAK/podać |  |

Załącznik nr 3 do SWZ

**Wykonawca:**

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

 *(pełna nazwa, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym **w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

* + - 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**
		1. Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie
		art. 108 ust. 1 Pzp.

Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 ustawy Pzp.

1. Oświadczam/my, że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………… ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 ustawy Pzp*).

Jednocześnie oświadczam/my, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy Pzp podjąłem/ podjęliśmy następujące środki naprawcze:

**…………………………………………………………………………………………………………**

* + - 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY/ÓW**
1. Oświadczam/my, że Podwykonawca/cy ………………………….. nie podlegaj/ją wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

Oświadczam/my, że Podwykonawca/cy ………………………….. nie podlegaj/ją wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 4 pkt 4, 5, 7 ustawy Pzp.

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

* + 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam/my, że spełniam/my warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**\***w przypadku **Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie** każdy z Wykonawców zobowiązany jest do wskazania zakresu, w jakim wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu:

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

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

* + 1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

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

w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………

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

* + 1. **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.

* + 1. **BEZPŁATNE I OGÓLNODOSTĘPNE BAZY DANYCH:**

 Na podstawie § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz. U. z 2020 r. poz. 2415) wskazuję dane bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, umożliwiające dostęp do odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru:……………………………………………….………………………………

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

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 4 do SWZ

**Podmiot udostępniający zasoby:**

*………………………………………….*

*………………………………………….*

*………………………………………….*

 *(pełna nazwa, adres)*

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

składane na podstawie art. 125 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.- Prawo zamówień publicznych
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym **w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego**

* + - 1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

Oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 ustawy Pzp.

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam/my, że spełniam/my warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego
w Specyfikacji Warunków Zamówienia w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na te zasoby.

1. **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 przedstawieniu informacji.

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

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

|  |
| --- |
|  Załącznik nr 5 do SWZ  |

# *WZÓR –* ZOBOWIĄZANIE

#  innego podmiotu do udostępnienia Wykonawcy zasobów niezbędnych

# do realizacji zamówienia

Nazwa i adres WYKONAWCY:

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

Nazwa i adres PODMIOTU trzeciego składającego zobowiązanie:

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

 (Nazwa Wykonawcy)

Zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji w/w Wykonawcy niezbędnych zasobów w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej /lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej/\* przy wykonywaniu zamówienia publicznego na **zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego** na następujących zasadach:

1. Zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

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

1. Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy oraz wykorzystania przez Wykonawcę zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia publicznego:

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

1. Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

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

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

 (data)

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

*\*) niepotrzebne skreślić*

UWAGA: Niniejsze zobowiązanie należy złożyć jedynie w przypadku korzystania z potencjału innego podmiotu przy realizacji zamówienia.

Załącznik nr 6 do SWZ

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego **w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego**

Oświadczam, że:

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

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

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

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

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

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

Wykonawca …………………………………………………………………………………..………

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje zamówienie w zakresie:

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

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

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

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Załącznik nr 7 do SWZ

**Wykaz wykonanych dostaw**

Ja/my, niżej podpisany/i

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

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

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)

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

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

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, którego przedmiotem jest **zakup fabrycznie nowej karetki z urządzeniem do dekontaminacji na potrzeby Państwowego Ratownictwa Medycznego**,oświadczamy, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie wykonaliśmy następujące dostawy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot dostawy | Odbiorca dostawy | Data wykonania dostawy(dzień-miesiąc-rok) | Wartość brutto dostawy |
|  |  |  |  |  |

Uwagi: do wykazu należy załączyć dowody, że dostawy zostały wykonane należycie.

..................................., dnia ......................2021 r.

*(****podpis elektroniczny*** *osoby/osób upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*