**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WÓZEK DO PRZEWOZU CHORYCH W POZYCJI LEŻĄCEJ ORAZ SIEDZĄCEJ – 4 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE**
 |
|  | Producent ……………………………………….. \*Podać Model/Typ ………………………………………. \*Podać**Rok produkcji: wymagany 2019** \*Podać |
| 1.
 | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | \*Potwierdzić………………………………………. |
| 3. | Szerokość całkowita: 820-870mmDługość całkowita: 2150-2200mm | \*Podać:……………………………………….. |
| 4. | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 450-820mm, regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 5. | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 0° -15° - regulacja płynna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0° -15° - regulacja płynna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna od strony wezgłowia i nóg. Nie dopuszcza się regulacji przechyłów wzdłużnych dostępnych z boku wózka oraz regulowanych nożnie. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 8. | Leże czterosegmentowe, z czego trzy segmenty ruchome wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 9. | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 10. | Pod leżem listwa o długości min.600mm wyposażona w 2 przesuwne uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego (po obu stronach wózka) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 11. | Na szczytach wózka uchwyty ułatwiające łatwe prowadzenie oraz manewrowanie wózkiem. Uchwyty z możliwością blokady podczas transportu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 12. | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-75° - regulacja płynna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Ruchomy segment uda regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-45° - regulacja płynna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Wózek wyposażony w 6 krążków odbojowych, w tym min. 4 dwuosiowe | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Barierki boczne o długości min.1400mm składające się z nim. 3 poziomych poprzeczek o wysokości min.350mm powyżej leża.Barierki boczne lakierowane, w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listwę odbojową na całej długości | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku charakterystycznie oznaczonego kolorem | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Wózek wyposażony w elastyczne listwy odbojowe zapobiegające przed uderzeniami | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Wyposażenie wózka:- wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki,- materac składający się z: - pokrowca antystatycznego, o właściwościach umożliwiających dezynfekcję chemiczną dostępnymi środkami dezynfekcyjnymi, - wkładu – pianki poliestrowejGrubość materaca min.8cm | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Koła jezdne podwójne, blokowane centralnie oraz blokada kierunkowa min. jedno koło | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonaną z tworzywa ABS, łatwo demontowana bez użycia narzędzi, umożliwiająca zamontowanie i zabezpieczenie butli z tlenem oraz transport rzeczy osobistych pacjenta.Nie dopuszcza się osłony przymocowanej na stałe bądź demontowanej za pomocą narzędzi | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min.200kg zawarte w instrukcji obsługi | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 5 kolorów oraz ramy wózka w tym kolor szary | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  |
|  | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |
|  | Serwis pogwarancyjny przez okres min. 10 lat | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 5 lat | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii max. 72 godziny | \*Podać……………………………………….. |

\* ***wypełnia Wykonawca***

Uwaga!:

Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia minimalnych parametrów technicznych wymaganych przez Zamawiającego w kolumnie „parametry oferowane” przez wykonawcę z opisem. Zaoferowany według w/w wymagań przedmiot zamówienia musi być gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

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

Siedziba: ……………………………………………………....................................……………………

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

Tel: . ………………………………..............… Fax: ……………….....................…………………….

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: …………………...……………………………………..…

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………………………….

Osoba/y odpowiedzialna/e za prawidłowe wykonane przedmiotu umowy z ramienia Wykonawcy

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

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

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję **wykonanie dostawy wózków do przewozu** **chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej – 4szt**.na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

Cena z podatkiem VAT za 1 szt. .………………….……… zł

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

Cena bez podatku VAT za 4 szt. ………………………………………… zł

Podatek VAT ………. %

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 4 szt……………………………..zł**

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

**Oferowany okres gwarancji: (min.24 miesiące)………………………….. miesięcy**

1. Oświadczamy, że dostarczymy przedmiot zamówienia w terminie do 42 dni od dnia podpisania umowy.
2. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
6. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

 TAK / NIE \*

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia**\*: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..\*\*
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

 (czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA WÓZKÓW DO PRZEWOZU CHORYCH W POZYCJI LEŻĄCEJ ORAZ SIEDZĄCEJ – 4szt.*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **DOSTAWA WÓZKÓW DO PRZEWOZU CHORYCH W POZYCJI LEŻĄCEJ ORAZ SIEDZĄCEJ – 4szt.*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

 …………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA WÓZKÓW DO PRZEWOZU CHORYCH W POZYCJI LEŻĄCEJ ORAZ SIEDZĄCEJ – 4szt.*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA WÓZKÓW DO PRZEWOZU CHORYCH W POZYCJI LEŻĄCEJ ORAZ SIEDZĄCEJ – 4szt.*”***  prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019r.

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

 (Czytelny podpis i pieczątka Wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*