**Załącznik nr 1 swz**

1. **ZESTAWIENIE WYPOSAŻENIA PRACOWNI PSYCHOLOGICZNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa towaru | Ilość | j.m. | Cena netto | Cena brutto | Cena rocznego przeglądu | Wartość brutto |
|  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Miernik Parametrów Reakcji - moduł ekspozycyjny | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Aparat typu Piórkowski - moduł ekspozycyjny | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Stereometr elektroniczny - moduł ekspozycyjny | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Noktoscop - moduł ekspozycyjny | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Panel sterujący | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Równoważnia z wirującą tarczą | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Kabina do badań w ciemni | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Koncentrator do aparatów | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Statyw pod stereometr i pod tablice poppelreutera | 2,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Tablice poppelreutera komplet 3 tablic | 1,00 | kpl. |  |  |  |  |
|  | Program do obsługi badań z dostarczanych aparatów | 1,00 | szt. |  |  |  |  |
|  | Podręcznik do testów (aparatury) | 1,00 | kpl. |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |  |  |  |  |

**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: Dostawa, montaż i integracja, zgodnie z opisem i wymaganiami zawartymi w specyfikacji, wyposażenia dla pracowni psychologicznej.

**Łączna cena oferty brutto = wartości brutto (kolumna nr 8) zestawienia wyposażenia pracowni psychologicznej.**

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

Termin dostarczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)** | **TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY** |
| 30 dni od podpisania umowy |  |

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)