***Załącznik nr 1***

Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**Wykonawca:**

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

tel. / fax: ……………………../…………………

e-mail: ..............................................................

**reprezentowany przez:**

…………………………………………..

…………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OFERTA**

1. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

**„Dostawa aparatu USG”.**

OFERUJEMYWYKONANIE ZAMÓWIENIA ZGODNIE Z WYMOGAMI OKREŚLONYMI W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA, **ZA CENĘ RYCZAŁTOWĄ:**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ............................................PLN**

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

**2.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Okres gwarancji** |  | **m-cy** |

***Okres gwarancji nie może być krótszy niż 24 miesiące i nie dłuższy niż 48 miesięcy.***

***3.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2018 poz. 646) jestem/jesteśmy** | **mikro**  **przedsiębiorstwem**  ***Tak/Nie*** | **małym przedsiębiorstwem**  ***Tak/Nie*** | **średnim przedsiębiorstwem**  ***Tak/Nie*** |
|  |  |  |

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

a) czy Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej ……… *(Tak/Nie)*

b) czy Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej ……….. *(Tak/Nie)*

4. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.

5. Oświadczamy, że firma nasza spełnia wszystkie warunki udziału w postępowaniu

przetargowym, określone w Rozdziale. 5 specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz

załączamy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnienie tych warunków.

6. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujący zakres zamówienia:

1. wykonanie ……………………………. Firma o nazwie: ………………………….. z siedzibą

w …………………………………. Reprezentowana przez: ………………………………

1. wykonanie ……………………………. Firma o nazwie: ………………………….. z siedzibą

w …………………………………. Reprezentowana przez: ………………………………

1. Oświadczam, że spełniono wobec mnie obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

............................, dn. \_ \_ . \_ \_ .\_\_\_ r. ………………………………………………………………………...

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki/*

Ta oferta zawiera następujące załączniki:

………………..

………………

………………

***Załącznik Nr 2A***

Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**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 aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

prowadzonego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy

*(oznaczenie zamawiającego),* **oświadczam, co następuje**:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w

**Rozdziale 5 ust. 2** **Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia**

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

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

…………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **Rozdziale 5 ust. 4** **Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia** *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

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

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………..,

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

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

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

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

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

…………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 2B***

Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

prowadzonego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

*(oznaczenie zamawiającego),*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   **art. 24 ust 1 pkt 12-23** ustawy Pzp.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
**art. 24 ust. 5 pkt. 1** ustawy Pzp .

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

…………………………………………

*(podpis)*

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 pkt. 1 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. …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: **…………………………………………………………………….………………………** *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: **……………………………………………………………………..….……** *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

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

…………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 3*** Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE APARATU USG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | | | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana |
| **PARAMETRY TECHNICZNE APARATU ULTRASONOGRAFICZNEGO** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji 2018 | **Tak** |  |
|  | | | Gwarancja | **Min. 24 miesiące** |  |
|  | | | Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej | **Tak** |  |
|  | | | Ilość niezależnych kanałów procesowych | **Powyżej 60 000** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy potwierdzony zakresem częstotliwości sond możliwych do podłączenia do aparatu | **Min. 1,5-16 MHz** |  |
|  | | | Niezależne równoważne gniazda głowic obrazowych przełączane elektroniczne | **Min. 4** |  |
|  | | | Zakres dynamiki dla obrazu 2D wyświetlany na ekranie | **Min. 240 dB** |  |
|  | | | Dotykowy wyświetlacz LED do sterowania wybranymi funkcjami aparatu o przekątnej min. 12 cali | **Tak** |  |
|  | | | Monitor LCD bez przeplotu o przekątnej min. 21 cali, rozdzielczości min. 1920 x 1080 pikseli, z regulacją położenia (obrót, pochylenie, wysokość) niezależnie od pulpitu. | **Tak** |  |
|  | | | Regulowana wysokość i obrót panelu sterowania | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru wersji oprogramowania w języku polskim | **Tak** |  |
|  | | | Archiwizacja obrazów na dysku twardym wbudowanym w aparat, nagrywarce CD/DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz na pamięciach USB w formatach kompatybilnych z systemem Windows | **Tak** |  |
|  | | | Pojemność dysku twardego | **Min. 1 TB** |  |
|  | | | Min. 5 portów USB w tym 2 z przodu aparatu | **Tak** |  |
|  | | | Zapis obrazów i pętli w formacie raw data na dysku twardym aparatu | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość tworzenia własnych ustawień (tzw. presetów) | **Min. 70** |  |
|  | | | Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode i Dopplera spektralnego | **Tak** |  |
|  | | | Ilość klatek pamięci CINE | **Min. 15 000** |  |
|  | | | Możliwość regulacji podstawowych parametrów na zatrzymanym obrazie. Min.: TGC, LGC, wzmocnienie (2D, tryby dopplerowskie), zakres dynamiki, mapy szarości, mapy koloru, linia bazowa, odwrócenie spektrum i koloru (invert) i inne (wymienić) | **Tak** |  |
|  | | | Biało-czarna drukarka termiczna | **Tak** |  |
| **TRYBY OBRAZOWANIA** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | **Tryb 2D (B-Mode)** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres ustawienia głębokości penetracji | **Min. 2 – 40 cm** |  |
|  | | | Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. zoom) a także obrazu z pamięci CINE | **Min. 10x** |  |
|  | | | Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na pełny ekran | **Tak** |  |
|  | | | Obrazowanie harmoniczne na wszystkich oferowanych głowicach z wykorzystaniem przesunięcia lub inwersji faz | **Tak** |  |
|  | | | Strefowe wzmocnienie obrazu na wybranych głębokościach (TGC) | **Min. 8 stref** |  |
|  | | | Strefowe pionowe wzmocnienie obrazu (LGC) | **Min. 6 stref** |  |
|  | | | Możliwość doboru prędkości akustycznej według charakterystyki tkanek, min.: tłuszcz, mięśnie, płyn | **Tak** |  |
|  | | | Rotacja obrazu co 90 stopni (0, 90, 180, 270 stopni) | **Tak** |  |
|  | | | Technologia wzmocnienia kontrastu tkanek oraz zmniejszenia plamek i wyostrzenia krawędzi | **Tak** |  |
|  | | | Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym) | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna ilość kątów obrazowania wielokierunkowego | **Min. 9** |  |
|  | | | Prędkość odświeżania w trybie 2D | **Powyżej 1300 obr./sek.** |  |
|  | | | **Tryb M** | **Tak** |  |
|  | | | Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M | **Min . 5** |  |
|  | | | Tryb M z efektem Dopplera kolorowego | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru formatu wyświetlania (stosunek wielkości obrazu 2D do M) bezpośrednio z pulpitu aparatu lub ekranu dotykowego | **Tak** |  |
|  | | | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD**) | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0⁰ | **Min. 9 m/s** |  |
|  | | | Regulacja wielkości bramki dopplerowskiej | **Min. 0,5 - 30 mm** |  |
|  | | | Kąt korekcji bramki dopplerowskiej | **Min. 0 do +/-89 stopni** |  |
|  | | | Szybka zmiana kąta w pozycjach -60/0/60 stopni za pomocą jednego przycisku | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru formatu wyświetlania (stosunek wielkości obrazu 2D do spektrum Dopplera PW) bezpośrednio z pulpitu aparatu lub ekranu dotykowego | **Tak** |  |
|  | | | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)** | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna prędkość odświeżania obrazu dla Dopplera kolorowgo | **Powyżej 500 obr./sek.** |  |
|  | | | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego na oferowanych głowicach liniowych | **Min. +/-30 stopni** |  |
|  | | | **Tryb angiologiczny /Power Doppler/** | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Power Doppler kierunkowy | **Tak** |  |
|  | | | **Rozszerzony tryb kolorowego Dopplera o wysokiej rozdzielczości i czułości do dokładnego obrazowania przepływów szczególnie w małych naczyniach** | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Duplex /2D+PWD lub CD/ | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Triplex /2D+PWD+CD/ | **Tak** |  |
|  | | | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku w trybie B- Mode, Dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego. Automatyczne ustawienie pola Dopplera kolorowego w naczyniu. | **Tak** |  |
|  | | | Automatyczne dopasowanie i podążanie pola Dopplera kolorowego i bramki Dopplera spektralnego PW za badanym naczyniem w badaniach naczyniowych | **Tak** |  |
| **GŁOWICE** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | **Głowica convex wykonana w technologii single crystal lub podobnej poprawiającej jakość obrazowania, wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań j. brzusznej, ginekologiczno-położniczych, echa płodu i innych.** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 1,5-5,0 MHz** |  |
|  | | | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 4** |  |
|  | | | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** |  |
|  | | | Ilość elementów | **Min. 192** |  |
|  | | | Kąt pola obrazowego głowicy | **Min. 60 stopni** |  |
|  | | | Rozszerzony kąt pola obrazowego głowicy | **Min. 80 stopni** |  |
|  | | | Głębokość obrazowania | **Min. 40 cm** |  |
|  | | | **Głowica liniowa wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań naczyniowych i małych oraz powierzchownie położonych narządów.** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 3–13 MHz** |  |
|  | | | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** |  |
|  | | | Długość pola obrazowego | **Poniżej 40 mm** |  |
|  | | | Ilość elementów | **Min. 192** |  |
|  | | | Obrazowanie trapezowe | **Tak** |  |
| **OPROGRAMOWANIE POMIAROWO-OBLICZENIOWE** | | | | | |
| 1. | | 2. | | 3. | 4. |
|  | | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera – automatyczny obrys spektrum wraz z podaniem podstawowych parametrów przepływu (min. PS, ED, PI, RI, HR i inne z możliwością ich konfigurowania) zarówno na obrazie rzeczywistym, jak i na obrazie zamrożonym | | **Tak** |  |
|  | | Oprogramowanie aparatu /programy obliczeniowe i raporty/: j.brzuszna, ginekologia, położnictwo, kardiologia, naczynia, małe i powierzchowne narządy, urologia i inne | | **Tak** |  |
|  | | Raporty z każdego rodzaju badań | | **Tak** |  |
|  | | Możliwość dołączania zdjęć do raportu | | **Tak** |  |
| **OPCJE ROZBUDOWY (dostępne na dzień składania ofert)** | | | | | |
| 1. | 2. | | | 3. | 4. |
|  | Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (4D) z głowic wolumetrycznych (objętościowych) convex i endovaginalnej z maksymalną prędkością obrazowania powyżej 50 objętości/sek. | | | **Tak** |  |
|  | Głowice objętościowe pracujące w trybie 4D: convex i endovaginalna | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie objętościowe serca płodu tzw. STIC | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie tzw. tomograficzne – wyświetlanie kilku warstw danej objętości jednocześnie na ekranie | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczna detekcja przekrojów oraz automatyczny pomiar dla centralnego układu nerwowego płodu realizowane z uzyskanej objętości 3D głowy płodu. | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar pęcherzyków w jajniku z oznaczeniem poszczególnych pęcherzyków na obrazie 3D. | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar podstawowych parametrów biometrii płodu (min. BPD, HC, AC i FL) | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar NT | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar objętości w trybie 3D | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne przepływów w Color lub Power Dopplerze | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar IMT | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie z użyciem ultrasonograficznego środka kontrastującego w tym z niskim indeksem mechanicznym | | | **Tak** |  |
|  | Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD) sterowany pod kontrolą obrazu 2D | | | **Tak** |  |
|  | Maksymalna mierzona prędkość przepływu w trybie CWD przy kącie korekcji 0⁰ | | | **Min. 20 m/s** |  |
|  | Moduł EKG wbudowany w aparat | | | **Tak** |  |
|  | Tryb kolorowy i spektralny Doppler tkankowy | | | **Tak** |  |
|  | Tryb anatomiczny M-mode min. z 3 kursorów (linii prostych) jednocześnie | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar frakcji wyrzutowej EF | | | **Tak** |  |
|  | Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana na bazie Dopplera tkankowego | | | **Tak** |  |
|  | Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana w oparciu o metodę śledzenia tkanki w trybie 2D (bez użycia Dopplera tkankowego) | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie sztywności tkanek – elastografia typu strain z możliwością obrazowania na dwóch półobrazach obrazu 2D i 2D z elastogramem na żywo oraz możliwością pomiarów strain ratio | | | **Tak** |  |
|  | Elastografia akustyczna (uzyskanie fali poprzecznej dzięki wykorzystaniu fali ultradźwiękowej wysłanej z głowicy). Wynik uzyskany jako obraz elastogramu w mapach koloru oraz w wartościach liczbowych. Analiza wykonanego badania elastograficznego – jednostka miary kPa | | | **Tak** |  |
|  | Możliwość bezprzewodowego połączenia z siecią – Wi-Fi | | | **Tak** |  |
|  | Połączenie z siecią szpitalną w standardzie DICOM min. Print, Store, Storage Commitment, Media Exchange, Worklist, MPPS, Query/Retrieve | | | **Tak** |  |
|  | Głowice convex, endokawitarne, liniowe i sektorowe (phased array) inne niż oferowane | | | **Tak** |  |
| **INNE** | | | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) | | | **Tak** |  |
|  | Szkolenia z obsługi aparatu: minimum 2 (w dwóch różnych terminach) dla 4 osób | | | **Tak** |  |
|  | Certyfikat lub inny dokument dopuszczający aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagany obowiązującymi przepisami prawa, jak: certyfikaty CE, deklaracje zgodności, wpis do rejestru wyrobów medycznych - zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych /t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z późniejszymi zmianami/ | | | **Tak** |  |
|  | Dostawca i serwis muszą posiadać autoryzację producenta | | | **Tak** |  |
|  | Czas reakcji serwisu – 48 godz. w dni robocze (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | | | **Tak** |  |
|  | Czas naprawy – 3 dni robocze a w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy 10 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | | | **Tak** |  |
|  | Przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 na rok | | | **Tak** |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych – min. 10 lat | | | **Tak** |  |

***Załącznik nr 4***Zamawiający: Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**„Dostawa aparatu USG ”**

| **Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze** | |
| --- | --- |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | W świetle obowiązujących przepisów Kierownik Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Dane kontaktowe administratora: Jasienica 845, 43-385 Jasienica, tel: 33/8153283 e-mail: kierownik@sgzozjasienica.pl[sekretariat@jasienica.pl](mailto:sekretariat@jasienica.pl) |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Dane kontaktowe inspektora ochrony danych Kierownik Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy: 43-385 Jasienica 845 tel: 33/8153283, e-mail: : [iod@sgzozjasienica.pl](mailto:iod@sgzozjasienica.pl) Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA** | Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr **SGZOZ/ZP.1.2018**  **„Dostawa aparatu USG”** prowadzonym w trybie **przetargu nieograniczonego na podst. art. 39 Pzp;** |
| **ODBIORCY DANYCH** | Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.), dalej „ustawa Pzp”; |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy |
| **INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEMOWANIU DECYZJI** | W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO; |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | * posiada Pani/Pan: * na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących; * na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***; * na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*; |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO. |
| **NIE PRZYSŁUGUJE PRAWO DO:** | * nie przysługuje Pani/Panu: * w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; * prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO; * **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**. |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp; |

***\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

***Załącznik Nr 5*** **Wzór zobowiązania podmiotu trzeciego**

**ZOBOWIĄZANIE**

**do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia na:**

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

Ja(/My) niżej podpisany(/ni) …….……………….……………..……………… będąc upoważnionym(/mi) do

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

reprezentowania:

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

(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)

**o ś w i a d c z a m(/y)**,

że stosownie do art. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, oddam/my Wykonawcy:

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

(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

do dyspozycji niezbędne zasoby ……………………………………………………………………………….

(zakres udostępnianych zasobów)

na potrzeby wykonania zamówienia pn.

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

przez okres realizacji zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

Zgodnie z art. 22a ust. 4 ustawy w odniesieniu do warunków dotyczących: **wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia**, zobowiązuje się **do realizacji dostaw w zakresie** udostępnionych przeze mnie zasobów.

*………………………………………………..*

*(miejsce i data złożenia oświadczenia)*

*………………….………………………………….……………..………………………*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli*

*w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby*

***Załącznik nr 6*** Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

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

**PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO APARATU USG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | | | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana |
| **PARAMETRY TECHNICZNE APARATU ULTRASONOGRAFICZNEGO** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji 2018 | **Tak** |  |
|  | | | Gwarancja | **Min. 24 miesiące** |  |
|  | | | Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej | **Tak** |  |
|  | | | Ilość niezależnych kanałów procesowych | **Powyżej 60 000** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy potwierdzony zakresem częstotliwości sond możliwych do podłączenia do aparatu | **Min. 1,5-16 MHz** |  |
|  | | | Niezależne równoważne gniazda głowic obrazowych przełączane elektroniczne | **Min. 4** |  |
|  | | | Zakres dynamiki dla obrazu 2D wyświetlany na ekranie | **Min. 240 dB** |  |
|  | | | Dotykowy wyświetlacz LED do sterowania wybranymi funkcjami aparatu o przekątnej min. 12 cali | **Tak** |  |
|  | | | Monitor LCD bez przeplotu o przekątnej min. 21 cali, rozdzielczości min. 1920 x 1080 pikseli, z regulacją położenia (obrót, pochylenie, wysokość) niezależnie od pulpitu. | **Tak** |  |
|  | | | Regulowana wysokość i obrót panelu sterowania | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru wersji oprogramowania w języku polskim | **Tak** |  |
|  | | | Archiwizacja obrazów na dysku twardym wbudowanym w aparat, nagrywarce CD/DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz na pamięciach USB w formatach kompatybilnych z systemem Windows | **Tak** |  |
|  | | | Pojemność dysku twardego | **Min. 1 TB** |  |
|  | | | Min. 5 portów USB w tym 2 z przodu aparatu | **Tak** |  |
|  | | | Zapis obrazów i pętli w formacie raw data na dysku twardym aparatu | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość tworzenia własnych ustawień (tzw. presetów) | **Min. 70** |  |
|  | | | Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode i Dopplera spektralnego | **Tak** |  |
|  | | | Ilość klatek pamięci CINE | **Min. 15 000** |  |
|  | | | Możliwość regulacji podstawowych parametrów na zatrzymanym obrazie. Min.: TGC, LGC, wzmocnienie (2D, tryby dopplerowskie), zakres dynamiki, mapy szarości, mapy koloru, linia bazowa, odwrócenie spektrum i koloru (invert) i inne (wymienić) | **Tak** |  |
|  | | | Biało-czarna drukarka termiczna | **Tak** |  |
| **TRYBY OBRAZOWANIA** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | **Tryb 2D (B-Mode)** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres ustawienia głębokości penetracji | **Min. 2 – 40 cm** |  |
|  | | | Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. zoom) a także obrazu z pamięci CINE | **Min. 10x** |  |
|  | | | Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na pełny ekran | **Tak** |  |
|  | | | Obrazowanie harmoniczne na wszystkich oferowanych głowicach z wykorzystaniem przesunięcia lub inwersji faz | **Tak** |  |
|  | | | Strefowe wzmocnienie obrazu na wybranych głębokościach (TGC) | **Min. 8 stref** |  |
|  | | | Strefowe pionowe wzmocnienie obrazu (LGC) | **Min. 6 stref** |  |
|  | | | Możliwość doboru prędkości akustycznej według charakterystyki tkanek, min.: tłuszcz, mięśnie, płyn | **Tak** |  |
|  | | | Rotacja obrazu co 90 stopni (0, 90, 180, 270 stopni) | **Tak** |  |
|  | | | Technologia wzmocnienia kontrastu tkanek oraz zmniejszenia plamek i wyostrzenia krawędzi | **Tak** |  |
|  | | | Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym) | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna ilość kątów obrazowania wielokierunkowego | **Min. 9** |  |
|  | | | Prędkość odświeżania w trybie 2D | **Powyżej 1300 obr./sek.** |  |
|  | | | **Tryb M** | **Tak** |  |
|  | | | Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M | **Min . 5** |  |
|  | | | Tryb M z efektem Dopplera kolorowego | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru formatu wyświetlania (stosunek wielkości obrazu 2D do M) bezpośrednio z pulpitu aparatu lub ekranu dotykowego | **Tak** |  |
|  | | | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD**) | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0⁰ | **Min. 9 m/s** |  |
|  | | | Regulacja wielkości bramki dopplerowskiej | **Min. 0,5 - 30 mm** |  |
|  | | | Kąt korekcji bramki dopplerowskiej | **Min. 0 do +/-89 stopni** |  |
|  | | | Szybka zmiana kąta w pozycjach -60/0/60 stopni za pomocą jednego przycisku | **Tak** |  |
|  | | | Możliwość wyboru formatu wyświetlania (stosunek wielkości obrazu 2D do spektrum Dopplera PW) bezpośrednio z pulpitu aparatu lub ekranu dotykowego | **Tak** |  |
|  | | | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)** | **Tak** |  |
|  | | | Maksymalna prędkość odświeżania obrazu dla Dopplera kolorowgo | **Powyżej 500 obr./sek.** |  |
|  | | | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego na oferowanych głowicach liniowych | **Min. +/-30 stopni** |  |
|  | | | **Tryb angiologiczny /Power Doppler/** | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Power Doppler kierunkowy | **Tak** |  |
|  | | | **Rozszerzony tryb kolorowego Dopplera o wysokiej rozdzielczości i czułości do dokładnego obrazowania przepływów szczególnie w małych naczyniach** | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Duplex /2D+PWD lub CD/ | **Tak** |  |
|  | | | Tryb Triplex /2D+PWD+CD/ | **Tak** |  |
|  | | | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku w trybie B- Mode, Dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego. Automatyczne ustawienie pola Dopplera kolorowego w naczyniu. | **Tak** |  |
|  | | | Automatyczne dopasowanie i podążanie pola Dopplera kolorowego i bramki Dopplera spektralnego PW za badanym naczyniem w badaniach naczyniowych | **Tak** |  |
| **GŁOWICE** | | | | | |
| 1. | | | 2. | 3. | 4. |
|  | | | **Głowica convex wykonana w technologii single crystal lub podobnej poprawiającej jakość obrazowania, wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań j. brzusznej, ginekologiczno-położniczych, echa płodu i innych.** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 1,5-5,0 MHz** |  |
|  | | | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 4** |  |
|  | | | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** |  |
|  | | | Ilość elementów | **Min. 192** |  |
|  | | | Kąt pola obrazowego głowicy | **Min. 60 stopni** |  |
|  | | | Rozszerzony kąt pola obrazowego głowicy | **Min. 80 stopni** |  |
|  | | | Głębokość obrazowania | **Min. 40 cm** |  |
|  | | | **Głowica liniowa wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań naczyniowych i małych oraz powierzchownie położonych narządów.** | **Tak** |  |
|  | | | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 3–13 MHz** |  |
|  | | | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 3** |  |
|  | | | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** |  |
|  | | | Długość pola obrazowego | **Poniżej 40 mm** |  |
|  | | | Ilość elementów | **Min. 192** |  |
|  | | | Obrazowanie trapezowe | **Tak** |  |
| **OPROGRAMOWANIE POMIAROWO-OBLICZENIOWE** | | | | | |
| 1. | | 2. | | 3. | 4. |
|  | | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera – automatyczny obrys spektrum wraz z podaniem podstawowych parametrów przepływu (min. PS, ED, PI, RI, HR i inne z możliwością ich konfigurowania) zarówno na obrazie rzeczywistym, jak i na obrazie zamrożonym | | **Tak** |  |
|  | | Oprogramowanie aparatu /programy obliczeniowe i raporty/: j.brzuszna, ginekologia, położnictwo, kardiologia, naczynia, małe i powierzchowne narządy, urologia i inne | | **Tak** |  |
|  | | Raporty z każdego rodzaju badań | | **Tak** |  |
|  | | Możliwość dołączania zdjęć do raportu | | **Tak** |  |
| **OPCJE ROZBUDOWY (dostępne na dzień składania ofert)** | | | | | |
| 1. | 2. | | | 3. | 4. |
|  | Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (4D) z głowic wolumetrycznych (objętościowych) convex i endovaginalnej z maksymalną prędkością obrazowania powyżej 50 objętości/sek. | | | **Tak** |  |
|  | Głowice objętościowe pracujące w trybie 4D: convex i endovaginalna | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie objętościowe serca płodu tzw. STIC | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie tzw. tomograficzne – wyświetlanie kilku warstw danej objętości jednocześnie na ekranie | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczna detekcja przekrojów oraz automatyczny pomiar dla centralnego układu nerwowego płodu realizowane z uzyskanej objętości 3D głowy płodu. | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar pęcherzyków w jajniku z oznaczeniem poszczególnych pęcherzyków na obrazie 3D. | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar podstawowych parametrów biometrii płodu (min. BPD, HC, AC i FL) | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar NT | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar objętości w trybie 3D | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne przepływów w Color lub Power Dopplerze | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar IMT | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie z użyciem ultrasonograficznego środka kontrastującego w tym z niskim indeksem mechanicznym | | | **Tak** |  |
|  | Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD) sterowany pod kontrolą obrazu 2D | | | **Tak** |  |
|  | Maksymalna mierzona prędkość przepływu w trybie CWD przy kącie korekcji 0⁰ | | | **Min. 20 m/s** |  |
|  | Moduł EKG wbudowany w aparat | | | **Tak** |  |
|  | Tryb kolorowy i spektralny Doppler tkankowy | | | **Tak** |  |
|  | Tryb anatomiczny M-mode min. z 3 kursorów (linii prostych) jednocześnie | | | **Tak** |  |
|  | Automatyczny pomiar frakcji wyrzutowej EF | | | **Tak** |  |
|  | Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana na bazie Dopplera tkankowego | | | **Tak** |  |
|  | Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana w oparciu o metodę śledzenia tkanki w trybie 2D (bez użycia Dopplera tkankowego) | | | **Tak** |  |
|  | Obrazowanie sztywności tkanek – elastografia typu strain z możliwością obrazowania na dwóch półobrazach obrazu 2D i 2D z elastogramem na żywo oraz możliwością pomiarów strain ratio | | | **Tak** |  |
|  | Elastografia akustyczna (uzyskanie fali poprzecznej dzięki wykorzystaniu fali ultradźwiękowej wysłanej z głowicy). Wynik uzyskany jako obraz elastogramu w mapach koloru oraz w wartościach liczbowych. Analiza wykonanego badania elastograficznego – jednostka miary kPa | | | **Tak** |  |
|  | Możliwość bezprzewodowego połączenia z siecią – Wi-Fi | | | **Tak** |  |
|  | Połączenie z siecią szpitalną w standardzie DICOM min. Print, Store, Storage Commitment, Media Exchange, Worklist, MPPS, Query/Retrieve | | | **Tak** |  |
|  | Głowice convex, endokawitarne, liniowe i sektorowe (phased array) inne niż oferowane | | | **Tak** |  |
| **INNE** | | | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) | | | **Tak** |  |
|  | Szkolenia z obsługi aparatu: minimum 2 (w dwóch różnych terminach) dla 4 osób | | | **Tak** |  |
|  | Certyfikat lub inny dokument dopuszczający aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagany obowiązującymi przepisami prawa, jak: certyfikaty CE, deklaracje zgodności, wpis do rejestru wyrobów medycznych - zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych /t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z późniejszymi zmianami/ | | | **Tak** |  |
|  | Dostawca i serwis muszą posiadać autoryzację producenta | | | **Tak** |  |
|  | Czas reakcji serwisu – 48 godz. w dni robocze (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | | | **Tak** |  |
|  | Czas naprawy – 3 dni robocze a w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy 10 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | | | **Tak** |  |
|  | Przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 na rok | | | **Tak** |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych – min. 10 lat | | | **Tak** |  |

..........................., dn. \_ \_ . \_ \_ .\_\_\_ r. ………………………………………………………………………...

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki/*

***Załącznik nr 7***

**Wykaz zrealizowanych robót**

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

Stosownie do treści SIWZ w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie należycie wykonałem, niżej wymienione dostawy :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **Zamawiający** | | **Wartość zamówienia**  **w zł.** | **Termin wykonania zamówienia** | **Miejsce realizacji zamówienia** |
| **Nazwa** | **Adres** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

***Oświadczam/my\* że:***

*poz……………………...wykazu stanowi doświadczenie Wykonawcy składającego ofertę,*

*poz…………..………….wykazu jest doświadczeniem oddanym do dyspozycji przez inny podmiot, na potwierdzenie czego załączam pisemne zobowiązanie tego podmiotu do oddania do dyspozycji swoich zasobów.*

**Wykonawca dołącza dowody** potwierdzające, że ww. dostawy zostały wykonane należycie, np., referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane.

.........................., dn. \_ \_ . \_ \_ .\_\_\_\_ r.

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

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli*

***Załącznik Nr 8*** ***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ ZGODNIE Z ART. 24 ust. 11 ustawy Pzp***

Zamawiający:

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

43-385 Jasienica 845

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

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

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na:**

**„Dostawa aparatu USG ”**

(nazwa zamówienia publicznego)

.

oświadczam, co następuje:

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert zamieszczoną przez Zamawiającego na stronie internetowej oświadczam, **że należę / nie należę\* do tej samej grupy kapitałowej** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp, w skład której wchodzi/ą Wykonawca/y, który/rzy złożył/li ofertę tj.:

1. ………………………………………………………….

2. ………………………………………………………….

3. …………………………………………….……………

*(wpisać wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, przedstawiam następujące informacje  
i dowody, że powiązania z ww. podmiotami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu: …………………………………………………………………………………………………………………………………….… …………………………………………………………………………………………..……………..……...........………………………………

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

…………………………..…………………………………………

Podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki