# Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWYCH URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH*** |
| **Zamawiający** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 |
| ***Oferent – pełna nazwa Oferenta,******adres,******NIP******REGON*** |  |
| ***tel., fax.*** |  |
| ***e-mail*** |  |
| ***Adres do korespondencji*** ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):***  |  |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA nr 1***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** **ZADANIA nr 2***(podlega ocenie)* | **wartość brutto:……………………………………………….**słownie:………………………………………………………………………………………..……… |
|  |  |
| ***CZAS REAKCJI SERWISOWEJ****(podlega ocenie)* | ………………………….  |
| ***TERMIN PŁATNOŚCI****(podlega ocenie)* | ………………………….  |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy |
| **OŚWIADCZENIA:**1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz zgodnie ze złożoną ofertą;
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy),
6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty,
7. posiadamy wszelkie zezwolenia na prowadzenie działalności
 |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:

....................................................................................................................................................................... e-mail:………...……........……………………………..……....….tel....................................................………………..;1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

....................................................................................................................................................................... e-mail:………...……........……………………………..……....….tel....................................................………………..; |
| **PODWYKONAWCY:**Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia, (należy podać również dane proponowanych podwykonawców)1. .........................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................... |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)***na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw**(właściwe zaznaczyć)**⬜** TAK**⬜** NIE |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
2. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
3. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
4. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..

Oferta została złożona na ....... zapisanych i kolejno ponumerowanych oraz podpisanych stronach.

 dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

# Załącznik nr 2 do SIWZ

Systemy, które należy objąć kontraktem serwisowym

|  |
| --- |
| **ZADANIE I System CR/DR -urządzenia** |
| Lp. | Nazwa urządzenia - typ | Nr seryjny/ilość |
| 1 | Skaner AGFA CR 30-Xm i stacja NX | 3175 |
| 2 | Monitory Barco NIO 21" | 4 szt. |
| 3 | Aparat DR400 z panelem i stacją NX | 2125 |
| 4 | Drukarka termiczna AGFA AXYS | 1677 |
| **Wymagany zakres kontraktu dla systemu** |
| I. | CR, DR,drukarkatermiczna, monitory Barco | 1. Dwa przeglądy okresowe skanerów CR wraz ze stacjami identyfikacji i oprogramowaniem NX, monitorów Barco oraz drukarki medycznej Drystar, co 6 miesięcy w okresie 12 miesięcy.
2. Jeden przegląd aparatu DR400 z panelem i stacją NX
3. Harmonogram przeglądów do ustalenia z Zamawiającym po podpisaniu umowy.
4. Każdorazowo po wykonaniu przeglądu okresowego Oferent ma obowiązek wydania dokumentu poświadczającego przeprowadzenie prac konserwacyjnych, kalibracyjnych przez autoryzowany serwis.
 |
| **ZADANIE II. Oprogramowanie systemu IMPAX 6** |
| 1 | SYSTEM AGFA IMPAX 6 DYSTRYBUCJA OBRAZU  |  OPROGRAMOWANIE |
| 2 |  SYSTEM AGFA IMPAX 6 ARCHIWIZACJA | ORPOGRAMOWANIE |
|  |  |  |
| **Wymagany zakres kontraktu dla systemu** |
| II. | IMPAX 6 | 1. Dwa przeglądy okresowe oprogramowania systemu IMPAX 6, co 6 miesięcy w okresie 12 miesięcy.
2. Harmonogram przeglądów do ustalenia z Zamawiającym po podpisaniu umowy.
3. Każdorazowo po wykonaniu przeglądu okresowego Oferent ma obowiązek wydania dokumentu poświadczającego przeprowadzenie prac konserwacyjnych przez autoryzowany serwis.
4. Automatyczna, prewencyjna kontrola poprawności działania oprogramowania systemu IMPAX 6 poprzez kontrolę zdarzeń i logów, mająca na celu zapobieganie powstawaniu awarii systemu IMPAX 6
5. Zdalny serwis, usuwanie awarii oprogramowania systemu IMPAX 6
6. Koszty robocizny związane z usuwaniem nieplanowanych awarii, wykonywaniem przeglądów okresowych oraz działaniami prewencyjnymi dla oprogramowania systemu IMPAX 6.
7. Koszty dojazdu w przypadku konieczności wykonania interwencji serwisowej w miejscu instalacji systemu

IMPAX 6.1. Przyjmowanie zgłoszeń i świadczenie opieki serwisowej dla oprogramowania systemu IMPAX 6 od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 do 16:00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy
2. Gwarantowany czas reakcji serwisu na poziomie do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii (kontakt telefoniczny, podjęcie interwencji zdalnej). Jeśli zgłoszenie awarii następuje po godz. 16:00 to czas reakcji będzie liczony od godz. 8:00 następnego dnia roboczego
 |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA / I SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU |

# Załącznik nr 3 do SIWZ

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**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.

***ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWYCH URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH*** prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ pkt. 5

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

 …………………………………………

*(podpis)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA POLEGA NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW***

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ*(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)*

|  |
| --- |
| **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn .***ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWYCH URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH*** prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 oraz ust. 5 pkt. 1 ustawy Pzp.

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

 …………………………………………

*(podpis)*

***PONIŻSZE WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY ZACHODZĄ PODSTAWY DO WYKLUCZENIA WYKONAWCY Z POSTĘPOWANIA***

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.

 …………………………………………

*(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 5 do SIWZ

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„*ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWYCH URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH”*** prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica w Pile**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

....................................., dnia .....................

 *(miejscowość)*

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

*(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**