Załącznik nr. 1 FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY Dane dotyczące wykonawcyNazwa: ................................................ Siedziba: ................................................ Adres poczty elektronicznej: ................................................ Strona internetowa: ................................................ Numer telefonu: ……........................................ Numer faksu: ……. ...................................... Numer REGON: ................................................Numer NIP: ................................................ Dane dotyczące zamawiającegoSzpital w Pyskowicach Sp. z o.o.Szpitalna 244-120 PyskowiceZobowiązania wykonawcyNawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na "Modernizacja budynku szpitala i oddziałów szpitalnych w tym doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną" . Numer sprawy: Sp/AZP/382/8/2015, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:Cena oferty w zakresie:zadania nr 1cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)zadania nr 2cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)zadania nr 3cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)..............................................................................................)Informacja dot. powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:Informuję, że:wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowegoOświadczam, że:

Wykonam zamówienie publiczne w terminie do dnia: 10.12.2015r. proponowany …………..Termin płatności: 14 dni proponowany …………………….. Okres gwarancji oceniany (wyrażony w liczbie miesięcy):.............Reklamacje będą załatwiane w terminie ( czas reakcji serwisu oceniany):………… godziny.

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.1. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.2. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. 3. Oświadczam, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy / wzór umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.4. Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia5. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.DokumentyNa potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam: .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... Zastrzeżenie wykonawcyNiżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być ogólnie udostępnione udostępniane (wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... [x] Informacje na temat podwykonawców.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr. 2

Załącznik nr.2

Część A **Aparat obrazowania USG**

|  |
| --- |
| **Dane ogólne** |
| **Pełna nazwa ultrasonografu** | Podać |  |
| **Producent** | Podać |  |
| **Kraj** | Podać |  |
| **Dystrybutor / Oferent** | Podać |  |

**Minimalne parametry techniczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane aparatu** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana****(opisać)** |
|  | **Konstrukcja** |  |  |
|  | Wysokiej klasy, cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem.  | TAK |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Wymagany rok produkcji: 2015 | TAK |  |
|  | Przetwornik cyfrowy  | Min. 12-bit |   |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania | Min. 160 000 |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych | Min. 3 |  |
|  | Dynamika systemu  | Min.260 dB |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. | Przekątna ekranu minimum 15” |  |
|  | Ruchomy pulpit sterowniczy: góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy USG | Min. 1 MHz do 20 MHz. |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop)  | Min. 21 000 klatek. |  |
|  | Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop) | TAK |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode  | Min. 30 s |  |
|  | Głębokość penetracji od czoła głowicy | Min. 0,5 - 40 cm |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika | Min. 40 |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.* B,
* B + B
* M
* B + M
* D
* B + D
* B + C (Color Doppler)
* B + PD (Power Doppler)
* B + Color + M
 | TAK |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B | Min. 1100 obrazów/s |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B + kolor | Min. 320 obrazów/s |  |
|  | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD, HPRF PWD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 7,0 m/s |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego  | Min.0,5 do 30 kHz |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 15,5 m/s |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego  | Min.0,5 do 30 kHz |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) | Min.: +/- 4,0 m/s |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego  | Min. 0,1 do 18 kHz |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop  | Min. 3 niezależne kursory |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | TAK |  |
|  | Adaptacyjny system obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B oraz PWD/CWD (skala, linia bazowa) za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
|  | Zakres bramki dopplerowskiej | Min. od 0,5 mm do 20 mm  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej  | Min. +/- 30 stopni |  |
|  | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej  | Min. +/- 80 stopni |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 25 map | TAK |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 500 GB) i bazą pacjentów. | TAK |  |
|  | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie lub płytach DVD-R/RW | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno-biały.  | TAK |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia drukarki laserowej do wydruku raportów bezpośrednio z aparatu | TAK |  |
|  | **Funkcje użytkowe** |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Min. x10 |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu | Min. x16 |  |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie | Min. 10 |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej | TAK |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:* Brzusznych
* Małych narządów
* Naczyniowych
* Mięśniowo-szkieletowych
* Urologicznych
* Kardiologicznych
* Położniczych
* Ginekologicznych
* Pediatrycznych
 | TAK |  |
|  | **Głowice ultradźwiękowe – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach)** | **TAK** |  |
|  | **Głowica elektroniczna, kardiologiczna Phased Array** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min 1,0 – 5,0 MHz. |  |
|  | Liczba elementów | Min. 64 |  |
|  | Kąt obrazowania | Min. 90 st. |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 4 pasma częstotliwości |  |
|  | **Głowica elektroniczna Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy.Podać typ i producenta | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min 2,0 – 6,0 MHz. |  |
|  | Liczba elementów | Min. 190 |  |
|  | Kąt skanowania  | Min. 60 st. |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Min. 4 pasma częstotliwości |  |
|  | **Głowica elektroniczna Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min 5,0 – 16,0 MHz |  |
|  | Liczba elementów | Min. 190 |  |
|  | Szerokość pola skanowania  | Max. 40 mm |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne  | Min. 4 pasma częstotliwości |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe | TAK |  |
|  | **Głowica elektroniczna Endovaginalna,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta. | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy | Min 3,0 – 9,0 MHz |  |
|  | Liczba elementów | Min. 190 |  |
|  | Kąt skanowania | Min. 180 st. |  |
|  | Promień  | Max. R10 mm |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Min. 4 pasma częstotliwości |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową Matrycową 4,0-18,0 MHz, min. 1024 elementy, szerokość skanu max. 40 mm.,  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję badań z kontrastem | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową laparoskopową, min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, szerokość skanu min. 30 min. | TAK |  |
|  | **Inne** |  |  |
|  | Certyfikat CE na aparat i głowice (załączyć) | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim i angielskim (dostarczyć przy dostawie aparatu) | TAK |  |
|  | Gwarancja obejmująca cały system (aparat, głowice, printer)  | Min. 12 miesiące |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK |  |

**Część B Holter ciśnieniowy**

|  |
| --- |
| **Dane ogólne** |
| **Pełna nazwa holtera** | Podać |  |
| **Producent** | Podać |  |
| **Kraj** | Podać |  |
| **Dystrybutor / Oferent** | Podać |  |

**Minimalne parametry techniczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane aparatu** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana****(opisać)** |
| 1 | Procedura wykonania pomiaru | Oscylometryczna |  |
| 2 | Zakres pomiaru  | Min. 30 – 280 mm Hg – ciśnienie krwi Min. 40 – 200 uderzeń na minutę –puls |  |
| 3 | Aparat fabrycznie nowy. | TAK |  |
| 4 | Wyświetlenie ciśnienia  | Zakres 0-299 mm HgPodziałka 1 mm Hg |   |
| 5 | Dokładność | Statyczna test ciśnienia +/\_ 3mmHGDokładność pomiaru tętna +/\_ 5% wartości odczytu |  |
| 6 | Programowalny 24 godzinny ambulatoryjny tryb pracy  | Tak |  |
| 7 | Minimalny 7 dniowy tryb diagnostyczny  | Tak |  |
| 8 | Dodatkowe oprogramowanie diagnostyczne | Wykrywanie migotania przedsionków  |  |
|  | Programowalny czas pomiędzy pomiarami w minimalnym zakresie  | Przedziały dzień noc regulowany 15/20/30/60 minut |  |
| 10 | Zasilanie akumulatorowe lub bateryjne minimum 48 h na jednym zestawie | Tak |  |
| 11 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak. |  |
| 12 | Waga urządzenie do 350 g | TAK |  |
| 13 | Minimum 2 rękawy w zestawie  | Tak |  |
| 14 | Etui za holter z zestawem pasów do mocowania | Tak |  |
| 15 | Stacja do analizy wyników z możliwością podpięcia pod sieć komputerową zawierająca ( jednostkę centralną, monitor, drukarkę, wymagane przez sprzęt oprogramowanie) | OPIS |  |
|  | **Inne** |  |  |
| 16 | Certyfikat CE na aparat (załączyć) | TAK |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim i angielskim (dostarczyć przy dostawie aparatu) | TAK |  |
| 18 | Gwarancja  | Min. 12 miesiące podać |  |
| 19 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK podać czas od zgłoszenia do przyjazdu w godzinach w dni powszednie  |  |

**Część C Kamera Gamma – Detektor promieniowania gamma**

|  |
| --- |
| **Dane ogólne** |
| **Pełna nazwa urządzenia** | Podać |  |
| **Producent** | Podać |  |
| **Kraj** | Podać |  |
| **Dystrybutor / Oferent** | Podać |  |

**Minimalne parametry techniczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane aparatu** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana****(opisać)** |
| 1. **1111**
 | Detektor promieniowania gamma o energii od 120 kev | Tak |  |
| **2** | Kolimator wolframowy zapewniający eliminację promieniowania tła  | Tak |  |
| 3 | Aparat fabrycznie nowy.  | TAK |  |
| 4 | Możliwość detekcji Tc99m, I123, I131, Co57, In111 bez konieczności zmian ustawień urządzenia | Tak |   |
| 5 | Funkcja uśredniania zliczenia z 10s | Tak  |  |
| 6 | Funkcja kumulacji zliczeń z 10 s  | Tak |  |
| 7 | Funkcja odcinania tła  | Tak |  |
| 8 | Bezprzewodowy aparat, wszystkie elementy urządzenia umieszczone w sądzie | Tak  |  |
| 9 | Wizualna i dźwiękowa sygnalizacja zaliczeń  | Tak |  |
| 10 | Zasilanie akumulatorowe lub bateryjne, minimum 250 godzin pracy z pojedynczym zestawem baterii | Tak |  |
| 11 | Pamięć ustawień parametrów | Tak. |  |
| 12 | Waga urządzenie do 300 g | TAK |  |
| 13 | Urządzenie przystosowane do do pracy śródoperacyjnej  | Tak |  |
|  | **Inne** |  |  |
| 14 | Certyfikat CE na aparat (załączyć) | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć przy dostawie aparatu) | TAK |  |
| 16 | Gwarancja  | Min. 12 miesiące podać |  |
| 17 | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK podać czas od zgłoszenia do przyjazdu w godzinach w dni powszednie  |  |

Załącznik nr.3

Wzór umowy

UMOWA NR

Zawarta w dniu ....................r. w Pyskowicach pomiędzy:

Szpitalem w Pyskowicach Sp. z o.o., 44-120 Pyskowice ul. Szpitalna 2 Wpisanym do rejestru przedsiębiorców KRS prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Gliwicach wydział X Gospodarczy pod numerem KRS 0000469643

NIP 9691608096 REGON 276247465

Wysokość kapitału zakładowego 16.600.000,00 zł

reprezentowany przez:

Leszek Kubiak – Prezes Zarządu

zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”

a

Firmą......................

reprezentowanym przez:

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

została zawarta umowa następującej treści. „Wykonawcą”

§1.

1.Przedmiotem umowy jest dostawa i montaż (w siedzibie Zamawiającego ) aparatu …………………….z zadania nr………… zgodnie z ofertą Wykonawcy.

2. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy odpowiada ściśle wymogom określonym w SIWZ.

3. Przedmiot umowy jest fabrycznie nowy i gotowy do używania.

4. Wykonawca dostarczy i zamontuje przedmiot umowy do siedziby Zamawiającego własnym transportem, na swój koszt i ryzyko wraz z dokumentacją w języku polskim, instrukcją obsługi, warunkami gwarancji i kartą gwarancyjną.

5. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy, w dniu roboczym, w godzinach od 7:00 do 14:00 w terminie do 10.12.2015r. Wykonawca jest zobowiązany zawiadomić Zamawiającego o planowanym terminie dostawy z co najmniej 2-dniowym wyprzedzeniem.

6. Wykonawca przeprowadzi szkolenie pracowników Zamawiającego w siedzibie Zamawiającego w zakresie bieżącej obsługi, konserwacji i eksploatacji aparatu ………….. w terminie jak dla dostawy.

7. Miejscem dostawy i montażu jest Szpital w Pyskowicach Sp.z o.o.

§2.

1. Strony postanawiają, że warunkiem odbioru będzie potwierdzenie kompletności dostawy ………………………., zamontowanie go w miejscu przeznaczenia, sprawdzenie poprawności działania oraz przeszkolenie co nastąpi w obecności przedstawicieli Wykonawcy i Zamawiającego. Potwierdzenie zostanie dokonane obustronnie podpisanym protokołem przekazania aparatu ………………… do eksploatacji

2. Wszystkie czynności określone w ust. 1 zostaną dokonane przez Wykonawcę w tym

samym dniu.

§3.

1. Wykonawca udziela gwarancji na okres ….. miesięcy od daty podpisania protokołu przekazania do eksploatacji.

2. W przypadku awarii aparatu w okresie wskazanym w ust. 1 Wykonawca przystąpi do jego naprawy w terminie nie przekraczającym ………………….godziny od zgłoszenia awarii (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Zgłoszenie przez Zamawiającego awarii nastąpi pisemnie lub faksem.

3. Czas usunięcia awarii przez Wykonawcę wynosi …………….godzin od jej zgłoszenia przez Zamawiającego. W sytuacji, w której wystąpi konieczność sprowadzenia części zamiennych, o czym Wykonawca jest zobowiązany poinformować Zamawiającego nie później niż w terminie 48 godzin od zgłoszenia awarii, czas usunięcia awarii nie może przekroczyć 14 dni od jej zgłoszenia przez Zamawiającego.

4. Naprawa aparatu ………………. odbywać się będzie w siedzibie Zamawiającego. W uzasadnionym przypadku naprawa aparatu może odbywać się w innym miejscu , pod warunkiem wyrażenia zgody przez Zamawiającego w formie pisemnej. W przypadku wykonywania naprawy aparatu ………………… poza siedzibą Zamawiającego Wykonawca ponosi wszelkie koszty i ryzyko związane z jego transportem do i z miejsca naprawy.

5. Na czas dłuższy naprawy niż 14 dni Wykonawca zapewnia sprzęt zastępczy.

6. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany aparatu ……………… na nową w okresie wskazanym w ust. 1 w przypadku wystąpienia trzech istotnych awarii, których usunięcie związane będzie z wymianą części lub podzespołów lub jeśli usunięcie awarii jest niemożliwe. Wymiana powinna nastąpić w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia awarii przez Zamawiającego.

7. W przypadku wymiany uszkodzonego aparatu ……………… na nową lub wymiany jego części lub podzespołów w związku z okolicznościami określonymi w ust. 3 oraz w przypadku skorzystania przez Zamawiającego z rękojmi, w stosunku do nowego, wymienionego aparatu ……………………… lub wymienionych części obowiązują warunki gwarancji i serwisu wynikające ze złożonej oferty.

8. Przerwy w pracy aparatu spowodowane naprawami gwarancyjnymi odpowiednio wydłużają okres gwarancji.

9. Wykonawca w ramach umowy , zobowiązany jest do dokonania bezpłatnie okresowego przeglądu konserwacyjnego aparatu …………………. 1 raz na 12 miesięcy.

10. Uprawnienia Zamawiającego z tytułu gwarancji nie wyłączają odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu rękojmi.

§ 4

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

1) za opóźnienie w dostawie przedmiotu umowy w wysokości 0,2% wartości umowy brutto za każdy dzień opóźnienia,

2) za odstąpienie od umowy lub rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy - w wysokości 10% wartości umowy brutto.

2.Strony postanawiają, że mogą dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

§ 5.

1. Wykonawcy za wykonanie przedmiotu niniejszej umowy w całości przysługuje

wynagrodzenie w wysokości ………………………. zł. brutto (słownie:……………………..) netto ………………………………. zł

2. Cena określona w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty związane w wykonaniem umowy w tym: koszt aparatu …………….., koszt transportu i jego ubezpieczenie, montaż, szkolenie oraz podatek VAT.

3. Zapłata nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę na podstawie protokołu przekazania do eksploatacji.

4. Zamawiający dokona zapłaty przelewem w terminie ……….dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury na rachunek wskazany przez Wykonawcę na fakturze.

5. Za datę zapłaty strony uważać będą datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

6. Zamawiający oświadcza, że wyraża zgodę na wystawianie faktur VAT bez jego podpisu

§6

1. Wykonawca nie może przenosić na osoby trzecie praw i obowiązków wynikających z tytułu niniejszej Umowy, bez uprzedniej zgody Zamawiającego wyrażonej na piśmie.

2. Zmian umowy dokonuje się w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przy czym. zgodnie z art. 144 ust. l ustawy Pzp. zakazuje się istotnych zmian postanowień zawartej umowy

3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

4.Strony mają obowiązek wzajemnego informowania o wszelkich zmianach statusu prawnego swojej firmy, a także o wszczęciu postępowania upadłościowego, układowego i likwidacyjnego.

5. Ewentualne spory powstałe na tle wykonywania przedmiotu umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku nie dojścia do porozumienia spory rozstrzygane będą przez miejscowo właściwy sąd powszechny według siedziby Zamawiającego

§7

1. Umowę sporządzono w 2 jednakowych egzemplarzach; po 1 egzemplarzu dla Wykonawcy i 1 dla Zamawiającego.

2. Integralną część niniejszej umowy stanowi Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia oraz oferta Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

Załącznik nr. 4

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data ..................... Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone szczegółowo w specyfikacji istotnych warunków zamawiającego, dotyczące w szczególności: 1) posiadania wiedzy i doświadczenia 2) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,3) sytuacji ekonomicznej i finansowej .................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr. 5

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data .....................Oświadczamy, że w stosunku do Firmy, którą reprezentujemy brak jest podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.Na potwierdzenie spełnienia wyżej wymienionych warunków do oferty załączam wszelkie dokumenty i oświadczenia wskazane przez zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia..................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr: 6

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ**Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data .....................Na mocy art. 26 ust. 2d ustawy Prawo zamówień publicznych składam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)Oświadczam, że nie należę do grupy kapitałowej / że podmiot, który reprezentuję nie należy do grupy kapitałowej \*..................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)\* Niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr. 7

**WYKAZ OSÓB DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data .....................Należy wymienić osoby występujące po stronie wykonawcy:do kontaktów z zamawiającym,odpowiedzialne za wykonanie umowypełnomocnik wykonawcy pełnomocnik wykonawców w przypadku składania oferty wspólnejwraz z podaniem zakresu odpowiedzialności / umocowania (do reprezentowania w postępowaniu, do reprezentowania w postępowaniu oraz zawarcia umowy, do zawarcia umowy). Lp. Imię i nazwisko Zakres odpowiedzialności 1 2 3 4 .................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)Załącznik nr. 8**WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH DOSTAW.**Nazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data .....................Wykaz wykonanych lub wykonywanych, głównych dostaw, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie. Lp. Odbiorca Data wykonania .Przedmiot wykonanej dostawy Wartość netto /brutto 1 2 3 Dowodami, o których mowa powyżej są poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych dostaw lub usług okresowych lub ciągłych wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub oświadczenie wykonawcy - jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia.Jeżeli dostawy wykazane w wykazie zostały wykonane na rzez Zamawiającego, którym jest Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o., Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania dowodów, o których mowa powyżej.Jeżeli wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów należy do powyższego wykazu dołączyć dokumenty dotyczące:zakresu dostępnych wykonawcy zasobów innego podmiotu,sposobu wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia,charakteru stosunku, jaki będzie łączył wykonawcę z innym podmiotem,zakresu i okresu udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia..................................................................................(data i czytelny podpis wykonawcy)