Załącznik nr 1 do SWZ

**Echokardiograf z funkcją echokardiografii przezprzełykowej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent oraz****Nr katalogowy** |
| 1. Echokardiograf z funkcją echokardiografii przezprzełykowej. | **szt.**  | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Wymagania techniczne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Parametr** |  **Wymaganie** | **Opis Wykonawcy** |
|  | Echokardiograf fabrycznie nowy rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Masa urządzenia ≤ 85 kg  | TAK, podać |  |
|  | Aparat wyposażony w cztery skrętne koła z blokadą | TAK |  |
|  | Bateryjne podtrzymanie napięcia na czas transportu aparatu | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości położenia pulpitu operatora w zakresie min. 15 cm | TAK |  |
|  | Możliwość obrotu pulpitu operatora o min. ± 30° | TAK |  |
|  | Cyfrowy monitor LCD, LED lub OLED o przekątnej ekranu min. 21’’ i rozdzielczości 1920x1080, regulowany w trzech płaszczyznach niezależnie od panelu sterowania | TAK |  |
|  | Panel dotykowy wspomagający obsługę aparatu z wyświetlanymi przyciskami funkcyjnymi min. 12” | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy obejmujący przedział: 1,5 – 18,0 [MHz] | TAK |  |
|  | Wymagany zakres regulacji głębokości obrazowania min 2 - 45 cm | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych gniazd do głowic przełączanych elektronicznie min 4 | TAK, podać |  |
|  | Ilość portów USB nie mniej niż: 3 | TAK, podać |  |
|  | System cyfrowej archiwizacji zintegrowany z aparatem USG- baza danych pacjentów i obrazów- dysk HDD min. 500GB | TAK |  |
|  | Możliwość eksportu archiwum na zewnętrzne pamięci USB | TAK |  |
|  | Archiwizacja obrazów na przenośnych nośnikach USB, obsługa formatów: AVI, JPEG, DICOM  | TAK |  |
|  | Moduł EKG.  | TAK |  |
|  | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów (tzw. Cine loop) | TAK |  |
|  | Liczba klatek (obrazów) pamięci dynamicznej prezentacji B oraz kolor Doppler min. 15.000 obrazów | TAK |  |
| **OBRAZOWANIE** |  |  |
|  | Tryb 2D (B-mode) | TAK |  |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazów „FrameRate" z wyświetlaniem parametru (częstotliwości) na ekranie monitora min. 1000 obrazów/sek | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice II harmonicznej | TAK |  |
|  | Redukcja szumów, plamek i obrazowanie w technice skrzyżowanych ultradźwięków | TAK |  |
|  | Obrazowanie 3/4D | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode. | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie anatomiczny M-mode | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie kolor M-mode | TAK |  |
|  | Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) | TAK |  |
|  | Zakres regulacji korekcji kąta min. ± 0° –85° | TAK |  |
|  | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy zerowym kącie ≥ 8,5 m/s, | TAK |  |
|  | Regulacja wielkości bramki w zakresie obejmującym przedział min. 1 – 15 mm | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia korekcji kąta i położenia linii zerowej na obrazach zapisanych w pamięci Cine i na twardym dysku.  | TAK |  |
|  | Tryb Dopplera ciągłego | TAK |  |
|  | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy zerowym kącie ≥ 12 m/s, | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D oraz PW przy pomocy jednego przycisku | TAK |  |
|  | Tryb Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia koloru na pętlach obrazowych odtwarzanych z pamięci CINE i archiwum (niezależnie od regulacji wzmocnienia 2D) | TAK |  |
|  | Tryb angiologiczny (Power Doppler) | TAK |  |
|  | Spektralny i kolorowy doppler tkankowy | TAK |  |
|  | Tryb jednoczesnego wyświetlania na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym, typu B+B/CD | TAK |  |
|  | Obrazowanie do oceny funkcji skurczowej mięśnia sercowego – koloryzacja segmentów tkanki mięśniowej w czasie rzeczywistym w zależności od wielkości ich przemieszczenia w fazie skurczu | TAK |  |
|  | Pomiary w trybie kolorowego dopplera metodą PISA (minimum: promień i ERO) | TAK |  |
|  | Raport z badania kardiologicznego zawierający wyniki pomiarów i obliczenia | TAK |  |
|  | Możliwość stworzenia własnego raportu | TAK |  |
|  | Podstawowe pomiary parametrów Dopplera w badaniach przepływów naczyniowych: prędkości (wartość min.max. śred.) indeksów PI i RI, tętna, z automatycznym obrysem i automatycznym wyznaczeniem wartości  | TAK |  |
|  | W pełni zautomatyzowane narzędzie do analizy typu strain dla lewej komory (LV). Oprogramowanie bazujące na technologii „spackle tracking” | TAK |  |
| **GŁOWICE ULTRADŹWIĘKOWE** |  |  |
|  | ***Głowica sektorowa o konstrukcji matrycowej do badań kardiologicznych***  | TAK |  |
|  46.1 | Ilość kryształów piezoelektrycznych min 200 | TAK |  |
| 46.2 | Zakres częstotliwości obrazowania min. 1,5 – 4,5MHz. | TAK |  |
| 46.3 | Obrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/pw-doppler) w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
| 46.4 | Obrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/cw-doppler) w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
| 46.5 | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej. | TAK |  |
| 46.6 | Kąt obrazowania min 115° | TAK |  |
| 46.7 | Głębokość obrazowania min.35 cm. | TAK |  |
|  | ***Głowica sektorowa matrycowa 4D*** | TAK, podać typ głowicy |  |
| 47.1 | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 47.2 | Zakres częstotliwości obrazowania min. 2,0 – 4,5MHz. | TAK |  |
| 47.3 | Ilość kryształów piezoelektrycznych min 5000 | TAK |  |
| 47.4 | Kąt obrazowania min 90° | TAK |  |
| 47.5 | Obrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/pw-doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 47.6 | Obrazowanie dwu (biplane) i trójpłaszczyznowe (triplane) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | ***Głowica liniowa do badań naczyniowych*** | TAK |  |
| 48.1 | Ilość kryształów piezoelektrycznych min 192 | TAK |  |
| 48.2 | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej. | TAK |  |
| 48.3 | Szerokość obrazowania 45mm+/-5% | TAK |  |
| 48.4 | Zakres częstotliwości obrazowania min. 3,0 – 10,0MHz. | TAK |  |
|  | **Głowica przezprzełykowa 4D** | TAK |  |
| 49.1 | Ilość kryształów piezoelektrycznych min 2500 | TAK |  |
| 49.2 | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 49.3 | Zakres częstotliwości obrazowania min. 3,0 – 7,0MHz. | TAK |  |
| 49.4 | Kąt obrazowania min 90° | TAK |  |
| **ARCHIWIZACJA** |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały małego formatu, wbudowany w aparat | TAK |  |
|  | Nagrywarka DVD | TAK |  |
|  | Możliwość zapisu obrazów i pętli obrazowych w formatach jpeg i avi na pamięciach typu USB Pendrive. Ilość gniazd USB ≥3 | TAK |  |
|  | Protokół komunikacji DICOM 3,0 do przesyłania obrazów i danych, min. klasy DICOM print, store, worklist, | TAK |  |
|  | Rozbudowa posiadanego przez Szpital systemu EchoPac do najnowszej rev wraz poszerzeniem funkcjonalności o opcję strain 2D lewej komory, prawej komory ,lewego przedsionka oraz efektywność pracy dla lewej komory serca oraz możliwością pomiarów AutoEF i AF1(LV,RV,LA) | TAK/NIE |  |
|  | **Jeżeli nie** to dostarczenie równoważnego systemu archiwizacji i analizy z w/w funkcjonalnościami | TAK |  |
| **MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY** |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję badań wewnątrz sercowych ( ICE ) | TAK |  |
|  | Integracja z obecnym systemem RIS/PACS i konfiguracja | TAK |  |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V –* Zp/79/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednoosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie :

„netto” ...................... PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: .................................................................................... złotych)

Gwarantujemy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Kryterium** | **Odpowiedź :** **(wpisać w wolnym polu poniżej)** |
| Głowica sektorowa o konstrukcji matrycowej do badań kardiologicznych.Ilość kryształów piezoelektrycznych min. 192192 – 220 kryształów – 0 pkt.≥ 221 kryształów – 7 pkt  |  |
| Zakres częstotliwości obrazowania min. 1,5 – 4.5MHzObrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/pw-doppler) w czasie rzeczywistym Tak – 7 pkt Nie – 0 pkt |  |
| Obrazowanie w technice 2 harmonicznej. Głębokość obrazowania min. 35cm.Kąt obrazowania min. 100°100°- 110° - 0 pkt ≥111° - 7 pkt |  |
| Możliwość rozbudowy aparatu o opcję badań wewnątrz sercowychTak – 7 pktNie – 0 pkt |  |
| Okres gwarancji, podany w miesiącach licząc od dnia przekazania przedmiotu zamówienia Zamawiającemu protokołem końcowego odbioru przedmiotu zamówienia:24 miesiące – 0 pktod 25 do 35 miesięcy – 4 pktod 36 do 47 miesięcy – 8 pkt48 miesięcy i więcej – 12 pkt*Minimalny termin gwarancji 24 miesiące* |  |

7. OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

1. ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.
2. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.
3. OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*)* ***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 przedsiębiorstwo –*** *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.***

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24***, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

*(data, 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. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz 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:

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

………………………………………… *(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

*(data, 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.

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24***, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

*(data, podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

*(data, 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.

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24***, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24*** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **: *Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24***

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dostawa Echokardiografu z funkcją echokardiografii przezprzełykowej w ramach realizacji zadania pn. Poprawa dostępu do szpitalnej diagnostyki i leczenia chorób sercowo naczyniowych poprzez dofinansowanie zakupu echokardiografu, w ramach działania pn. Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.2, obszaru V – Zp/79/TP/24*** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

 …………………………………………

*(data, podpis)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 10 do SWZ*

**NAZWA ADMINISTRATORA**:

SPECJALISTYCZNY SZPITAL im. dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**KWESTIONARIUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE W IMIENIU ADMINISTARTORA**

(potencjalnego Podmiotu Przetwarzającego na podstawie art. 28 ust. 1 RODO)

1. **DANE INFORMACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA PODMIOTU |  |
| ADRES/SIEDZIBA |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |

1. **KWESTIONARIUSZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | PYTANIEPODSTAWA PRAWNA RODO | ODPOWIEDŹ | INFORMACJE DODATKOWE,UWAGI PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO | UWAGI ADO |
| TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| 1. | Czy przepisy prawa wymagają, aby Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 2. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 3. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inną osobę lub zespół osób odpowiedzialny za nadzór nad ochroną danych osobowych w organizacji? ( art. 24 ) |  |  |  |  | Proszę wypełnić jeśli odpowiedzi na pytania 1 i 2 są negatywne. |
| 4. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego dedykowany do obsługi administratora został przeszkolony z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych? ( art. 24. ) |  |  |  |  |  |
| 5. | Czy fakt przeszkolenia personelu (pkt. 4) jest udokumentowany? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 6. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa informatycznego? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 7. | Czy personelowi Podmiotu przetwarzającego wydawane są upoważnienia do przetwarzania danych osobowych? ( art. 24,29 ) |  |  |  |  |  |
| 8. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został zobowiązany do zachowaniu w poufności danych osobowych? ( art. 24,28 ) |  |  |  |  |  |
| 9. | Czy w odniesieniu do Podmiotu przetwarzającego została wydana prawomocna decyzja organu nadzorczego lub wyrok sądu stwierdzający naruszenie zasad ochrony danych osobowych? Czy naruszenie zostało usunięte? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 10. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje się do przyjętych przez organ nadzorczy kodeksów postępowania? Proszę je wymienić.( art. 40 ) |  |  |  |  |  |
| 11. | Czy Podmiot przetwarzający objęty jest monitorowaniem przestrzegania kodeksu postępowania przez akredytowany podmiot monitorujący? ( art. 41 ) |  |  |  |  |  |
| 12. | Czy Podmiot przetwarzający otrzymał certyfikat zgodności z RODO? ( art. 42 ) |  |  |  |  |  |
| 13. | Czy Podmiot przetwarzający posiada inny certyfikat bezpieczeństwa (np. ISO 27001)? Proszę wymienić wraz z nr certyfikacji i terminem ważności. ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 14. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył Politykę bezpieczeństwa danych osobowych lub inny dokument opisujący system ochrony danych osobowych oraz procedury postępowania w związku z realizacją wymogów RODO? ( art. 24 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 15. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera postanowienia o obowiązku poinformowania Administratora o naruszeniu i o sposobie realizacji tego obowiązku? ( art. 24, 33 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 16. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera zapisy dotyczące obowiązku podjęcia środków w celu zaradzenia naruszeniu (w tym minimalizowania skutków)? ( art. 24, 33 ust. 3 lit. d ) |  |  |  |  |  |
| 17. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi ewidencję naruszeń ochrony danych osobowych? ( art. 24, 33 ust. 5 ) |  |  |  |  |  |
| 18. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania danych osobowych (jako ADO) oraz rejestr kategorii czynności przetwarzania danych jako podmiot przetwarzający? ( art. 30 ) |  |  |  |  |  |
| 19. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył odpowiednie środki organizacyjne i techniczne (np. instrukcja, procedura, zakres odpowiedzialności pracowników, funkcjonalność systemu IT) przeznaczone do pomocy Administratorowi w realizacji praw osób, których dane dotyczą? ( art. 15-22, 28 ust.3 lit. e ) |  |  |  |  |  |
| 20. | Czy Podmiot przetwarzający realizuje proces analizy ryzyka oraz analizy naruszenia praw lub wolności osób fizycznych (DPiA)? ( art. 24, 32, 35 ) |  |  |  |  |  |
| 21. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył zabezpieczenia we własnym systemie informatycznym adekwatne do wyników szacowania ryzyka oraz DPiA? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 22. | Czy system informatyczny Podmiotu przetwarzającego zapewnia pełną rozliczalność działań jego użytkowników? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 23. | Czy Podmiot przetwarzający przekazuje dane osobowe do państwa trzeciego, na zasadach określonych w rozdziale V RODO? Proszę wskazać na jakich zasadach ( art. 44 – 49, Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/914 z dnia 04.062021r.) |  |  |  |  |  |
| 24. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył „Plan Ciągłości Działania” ? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 25. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności wdrożonych środków technicznych i organizacyjnych ? W jakiej formie są dokumentowane? ( art. 32 ) |  |  |  |  |  |
| 26. | Czy Podmiot przetwarzający korzysta w ramach powierzenia lub ma zamiar korzystać z usług innych podmiotów (tzw. „pod-powierzających” lub dalszych podmiotów przetwarzających)? ( art. 24, 28)  |  |  |  |  |  |
| 27. | Czy Podmiot przetwarzający przed nawiązaniem współpracy z tzw. „pod-powierzającymi” dokonuje jego weryfikacji pod kątem zdolności do zapewnienia ochrony danych osobowych ? ( art. 28 ) |  |  |  |  |  |
| 28. | Czy Podmiot przetwarzający z pod-powierzającymi ma zawarte stosowne umowy lub inne formy udokumentowanego przetwarzania w jego imieniu ?( art. 28 )  |  |  |  |  | Proszę wypełnić w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. 26 |

1. **INFORMACJE KOŃCOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WYPEŁNIENIA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY AUTORYZUJĄCEJDOKUMENT W IMIENIU PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGOPEŁNIONA FUNKCJA/STANOWISKO |  |
| LICZBA STRON KWESTIONARIUSZA |  |

1. **OCENA ADMINISTRATORA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WERYFIKUJĄCEJ DOKUMENTW IMIENIU ADMINISTARTORA DANYCH OSOBOWYCH |  |
| DATA ANALIZY/OCENY |  |
| REKOMENDOWANA DECYZJA  |  |