Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

**Ekspandery, sizery, implanty piersi I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **ASORTYMENT****SZCZEGÓŁOWY** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ****4 m-ce** | **CENA NETTO** | **CENA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT ORAZ** **NR KATALOG.** |
| 1. | ***Ekspandery piersi anatomiczne*** - do dwuetapowej rekonstrukcji - powierzchnia teksturowana - wypełniane solą fizjologiczną - z wewnętrznym zaworem magnetycznym - wyszukiwanie portu za pomocą detektora magnetycznego - sterylne, pakowane pojedynczo - 3 kształty podstawy: okrągła, owalna w poziomie, owalna w pionie - kompatybilne z implantami o powierzchni teksturowanej i poliuretanowej | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 2 |  ***Ekspandery piersi okrągłe*** - powierzchnia teksturowana - wypełniane solą fizjologiczną - dostępne z wewnętrznym zaworem magnetycznym lub zewnętrznym zaworem - sterylne, pakowane pojedynczo - kompatybilne z implantami o powierzchni teksturowanej i poliuretanowej | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 3 |   ***Implanty piersi okrągłe o powierzchni teksturowanej*** -powierzchnia mikroteksturowa- sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku pęknięcia powłoki - wymiana implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera do 10 lat od implantacji - bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 4 | ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni teksturowanej i postawie okrągłej***- powierzchnia mikroteksturowana,2 rodzaje mikrotekstury - kształt podstawy okrągły - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku pęknięcia powłoki - wymiana implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera do 10 lat od implantacji - bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizm - powłoka odporna na działania mechaniczne - minimum 3 projekcie, maksymalnie 4 projekcji | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 5 |  ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni teksturowanej i podstawie owalnej*** - powierzchnia mikroteksturowana - kształt podstawy: owalny w pionie lub w poziomie - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku pęknięcia powłoki - wymiana implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera do 10 lat od implantacji - bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu - powłoka odporna na działania mechaniczne - minimum 2 projekcie, maksymalnie 4 projekcje  | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 6 | ***Implanty piersi okrągłe o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową*** - powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 7 | ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową, podstawie okrągłej*** ***-*** powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - kształt podstawy okrągły - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje  | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 8 | ***Implanty piersi anatomiczne o powierzchni pokrytej pianką mikropoliuretanową i podstawie owalnej***- powierzchnia pokryta pianką mikropoliuretanową - kształt podstawy owalny - sterylne, pakowane pojedynczo - wypełnione wysoce spoistym żelem silikonowym „z efektem pamięci” - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku istotnej utraty integralności powłoki implantu - dożywotnia gwarancja na wymianę implantu w przypadku przykurczu torebkowego stopnia III lub IV w skali Bakera obejmująca również rotację implantu - bariera antydyfuzyjna - powłoka odporna na działania mechaniczne - 4 projekcje  | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| 9 | ***Sizery śródoperacyjne resterylizowalne*** - gładkie sizery śródoperacyjne okrągłe lub anatomiczne - kompatybilne z implantami okrągłymi lub anatomicznymi wg aktualnego katalogu - z możliwością wielokrotnej sterylizacji  | **Szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

**Pakiet nr 2**

**Ekspandery, sizery, implanty piersi II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Parametry  | Jedn. | Ilość na4 m-ce | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent oraz nr. katalogowy |
| 1. | Endoprotezy o kształcie profilowanym | * wypełnienie: zagęszczony żel silikonowy, III stopień spoistości
* 9 różnych kształtów
* objętość od **180-775** ml
* bariera antydyfuzyjna - zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu
* powłoka teksturowana,
* tekstura uzyskiwana bez użycia kryształków soli lub cukru i ich pochodnych
* wielkość porów tekstury (szerokość) 70-150 µm
* głębokość porów tekstury 40-100 µm (wysokość)
* regularna dystrybucja porów tekstury
* ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata
* gwarancja bezterminowa
* produkt sterylny
 | Szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Ekspandery anatomiczne, teksturowane | * komora rozprężana roztworem fizjologicznym soli
* magnetyczna zastawka na przedniej ścianie ekspandera
* samouszczelniająca się, wzmocniona strefa wokół zastawki
* magnetyczny detektor
* powłoka teksturowana
* tekstura uzyskana bez użycia kryształków soli lub cukru lub ich pochodnych
* wielkość porów tekstury (szerokość) 70-150 µm
* głębokość porów tekstury 40-100 µm (wysokość)
* regularna dystrybucja porów tekstury
* zakres objętości**: 250-850** ml
* pętelki do szwów umożliwiające stabilizację ekspandera w poziomie
* 3 rodzaje kształtów: niski, średni, wysoki
* - gwarancja 6 miesięcy od wszczepienia
 | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | Endoproteza okrągła, teksturowana | * wypełnienie: spoisty, zagęszczony żel silikonowy, I stopień spoistości
* co najmniej w 3 profilach (średni plus, wysoki i ultra wysoki)
* objętość od 100-800 ml
* bariera antydyfuzyjna - zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu
* powłoka teksturowana, produkt sterylny
* tekstura wykonana bez użycia kryształków soli lub cukru
* regularna dystrybucja porów tekstury
* ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata
* gwarancja bezterminowa
* produkt sterylny
 | Szt. |  5 |  |  |  |  |  |
| 4. | Sizery silikonowe oprofilu anatomicznym | * sizery silikonowe
* kształt anatomiczny
* do 10-cio krotnej sterylizacji
* dostępne w rozmiarach od **180– 775** ml
* kompatybilne z implantami anatomicznymi
 | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :**  |  |  |  |

*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 protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23** 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 Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa 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 cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

dla pakietu nr …….. *(należy kolejno wymienić wszystkie pakiety, na które Wykonawca składa ofertę)*

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

................................................................................... złotych),

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

……………………………………………………… złotych),

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

.................................................................................................... złotych).

1. Gwarantujemy ……. dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia 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.***

 *\*(maksymalny termin dostawy dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia*

*5 dni roboczych)*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie 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. **na *,,* Dostawa protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23**, 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.**

 …………………………………………

 *(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:

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

………………………………………… *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(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 protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23**, 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.**

 …………………………………………

 *(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)

 …………………………………………

 *(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.

 …………………………………………

 *(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

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

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności 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 protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23**, 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:

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

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

*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 (Dz. U. z 2023r. poz. 1605)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: ***,,* Dostawa protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23** 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)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

 ( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*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 protez piersi dla Bloku Operacyjnego ” - Zp/88/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 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)