****

**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektroniczne)**

**EZP/27/19**

**WYKAZ/OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE**

**Wadium – 2.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | automatyczny system do diagnostyki alergii autoimmunologii i monitorowania leczenia astmy | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

 Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

 Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

 Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

 Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa , model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

**Zamawiający posiada i wykorzystuje jako system HIS (*Hospital Information System*) / LIS (*Laboratory Information System*) CIS (*Clinical Information System*) - Systemem Medyczny „Eskulap” autorstwa medhub sp. z o.o. (https://www.systemeskulap.pl/kontakt).**

**Do pobierania krwi od pacjenta Zamawiający stosuje system próżniowo-aspiracyjny firmy Sarstedt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Warunek konieczny** | **Wykonawca poda wymagane dane** **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Automatyczny analizator do wykonywania oznaczeń z zakresu diagnostyki alergii i autoimmunologii metodą immunofluorymetryczną, z komputerem, monitorem, czytnikiem kodów kreskowych, drukarką i zasilaczem awaryjnym (UPS). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Urządzenie nastołowe | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 3. | Automatyczne wykonanie oznaczeń w oparciu o 1 aparat: od pobrania surowicy z probówki do uzyskania wyników | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 4. | Możliwość pracy aparatu w trybie „stand alone” (samodzielnym) jak również podłączony do systemu LIS  | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Czas wykonania 96 oznaczeń nie przekracza 4 godzin | **max 4 godziny** | Poniżej 4h – 5 pkt.=4h – 0 pkt.Podać ……………. |
| 6. | Automatyczne rozcieńczanie próbek badanych.  | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxx |
| 7. | Przechowywanie krzywej standardowej w pamięci aparatu co najmniej 28 dni | **min 28 dni** | Powyżej 28 dni – 5 pkt.= 28 dni – 0 pkt.Podać ………….. |
| 8. | Bieżące monitorowanie kontroli jakości wykonywanych badań | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 9. | **Minimalna** objętość próbki niezbędna do wykonania badania **nie większa niż 50** µl dla badań alergologicznych dla jednego alergenu (AL**) i 90 µl** dla badań autoimmunologicznych (AU)  | **Max. 50** µl dla badań alergologicznych dla jednego alergenu (AL**) i 90 µl** dla badań autoimmunologicznych (AU) | **Poniżej 50** µl dla badań alergologicznych dla jednego alergenu (AL**) i 90 µl** dla badań autoimmunologicznych (AU) – **10 pkt.****= 50** µl dla badań alergologicznych dla jednego alergenu (AL**) i 90 µl** dla badań autoimmunologicznych (AU) **– 0 pkt.**Podać ………….. |
| 10. | Możliwość jednoczesnego zastosowania co najmniej 4 różnych metod pomiarowych z jednej próbki surowicy. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 11. | Oznaczanie IgE całkowitego (tIgE) w surowicy osób dorosłych i małych dzieci | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 12. | Oznaczanie swoistych IgE (sIgE) dla pojedynczych alergenów (ekstrakty i komponenty) oraz mieszanek alergenowych | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 13. | Metoda ilościowa w zakresie 0,1–100 kU/l dla sIgE, akceptowalna przez WHO, z zastosowaniem co najmniej 6-punktowej krzywej standardowej (wykonywanej w duplikatach). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 14. | Możliwość automatycznych rozcieńczeń dla uzyskania ilościowych wyników oznaczeń, powyżej:4500 kU/l dla tIgE u dorosłych, 100 kU/l dla tIgE u małych dzieci, 100 kU/l dla sIgE. | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxx |
| 15. | Oznaczanie sIgE z ilościowym pomiarem niskich stężeń sIgE w zakresie 0,1–0,35 kU/l | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 16. | Możliwość przeprowadzenia pomiaru sIgE dla krzyżowo-reagujących determinant węglowodanowych (CCD). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 17. | Przedstawianie wyników pomiaru sIgE jako stężenie, dodatkowo przyporządkowane do klas RAST. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 18. | Możliwość diagnostyki nadwrażliwości IgE – niezależnych. Oznaczanie przeciwciał w klasie IgA oraz swoistych IgG i IgG4 w stosunku do alergenów naturalnych i leków przy zastosowaniu krzywych standardowych. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 19. | Pomiar ilościowy stężenia tryptazy. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 20. | Pomiar ilościowy stężenia eozynofilowego białka kationowego (ECP). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 21. | Możliwość wykonania testu przesiewowego różnicującego atopię i nieatopię | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 22. | Pomiar ilościowy autoprzeciwciał | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 23. | Stężenia przeciwciał w klasie IgG dla oznaczeń autoimmunologicznych uzyskiwane przy zastosowaniu krzywych standardowych.  | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxx |
| 24. | Możliwość jednoczesnego wykonania analiz autoimmunologicznych w 3 klasach (IgG, IgA, IgM), w ramach jednego przebiegu aparatu z jednej próbki pacjenta.  | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 25. | Wspólna krzywa standardowa dla wszystkich przeciwciał oznaczanych w klasie IgG | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 26. | Możliwość jednoczesnego wykonania co najmniej 6 różnych parametrów -przeciwciał w klasie IgG, w jednym cyklu badawczym dla pojedynczej próbki pacjenta. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 27. | Możliwość wykonywania różnych oznaczeń w różnych próbkach , w jednym cyklu badawczym. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 28. | Możliwość programowania stałych paneli alergenowych wraz z całkowitą IgE i tryptazą oraz profili autoimmunologicznych | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 29. | Oprogramowanie umożliwiające statystyczną ocenę kontroli jakości badań (QC), prezentacja na wykresach Levey-Janningsa | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 30. | Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia nowego sprzętu komputerowego z preinstalowanym oprogramowaniem, o parametrach nie gorszych niż: Intel i5 3 GHz, RAM 4 GB, HDD 500 GB, napęd optyczny: DVD+/-RW, LCD 21,5”, Windows 10 64-bit PL Proffesional, oraz drukarki laserowej - wymaganych do sprawnego przesyłania danych do systemu Eskulap oraz wydruku wyników: pacjenta oraz kontroli jakości. Po stronie wykonawcy spoczywa zapewnienie liczby niezbędnych portów lub złączy sieciowych do komunikacji z siecią szpitalną oraz poszczególnymi elementami/podzespołami dostarczanego urządzenia/aparatu. Wymagane jest dostarczenie zasilacza awaryjnego (UPS), podtrzymującego pracę analizatora przez co najmniej 20 minut, w razie awarii zasilania sieciowego. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 31. | Dostarczony sprzęt komputerowy musi spełniać wymogi pracy w szpitalnym środowisku Active Directory oraz musi posiadać preinstalowane oprogramowanie antywirusowe, zgodne z systemem antywirusowym używanym na innych komputerach zamawiającego, wraz z licencją ważną przynajmniej podczas okresu gwarancyjnego. Aktualnie użytkowany system antywirusowy NOD 32.Oferowane oprogramowanie oraz jego elementy służące do komunikacji z innymi systemami posiadanymi przez Zamawiającego, musi posiadać pełną funkcjonalność na standardowym koncie użytkownika systemu operacyjnego, lub pracować jako autoryzowana usługa serwisowa w systemie operacyjnym. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 32. | Wykonawca we własnym zakresie udostępnia producentowi Systemu Medycznego Eskulap dokumentację użytkową oraz specyfikację protokołu komunikacji w wersji elektronicznej, Zamawiający nie jest pośrednikiem w ustaleniach między Wykonawcą a producentem systemu. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 33. | Wszelkie koszty związane z: opracowaniem sterownika lub innego rodzaju oprogramowania zapewniającego komunikację między aparaturą a systemem Eskulap, udzieleniem bezterminowej licencji na jego użytkowanie, wykonaniem niezbędnych usług konfiguracyjnych i serwisowych w okresie gwarancji, dostarczenie odpowiedniego okablowania, akcesoriów lub innego rodzaju sprzętu koniecznego do dwukierunkowej komunikacji miedzy oferowanym analizatorem a systemem Eskulap Wykonawca ponosi we własnym zakresie. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 34. | Wykonawca jest zobowiązany w ramach przedmiotu zamówienia do podłączenia dostarczanego aparatu do wykorzystywanego przez Zamawiającego systemu Eskulap celem otrzymania dwukierunkowej wymiany danych/informacji dotyczących: - odbioru wysyłanego z systemu Eskulap zlecenia np. skierowania na badania itp., - przekazania wyniku badań, - oraz innych danych uzyskiwanych z dostarczonego analizatora, tak aby na ich podstawie system Eskulap mógł wygenerować raporty i zestawienia. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 35. | Wykonawca zapewnia szkolenie dotyczące użytkowania analizatora, w miejscu przeznaczenia do pracy i warunkach wymaganych w opisie oraz służy pomocą doradczą w rozwiązywaniu problemów przez okres gwarancji. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 36. | Urządzenie, wraz z całym zewnętrznym oprzyrządowaniem, musi być kompletne i po zainstalowaniu gotowe do pracy zgodnie ze swoim przeznaczeniem. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 37. | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | **TAK** Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy. | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA SIECI** |
| 38 | Wykonawca poda liczbę gniazd sieciowych (sieci logicznej IT) koniecznych do podłączenia aparatury i dostarczonego sprzętu wraz ze wskazaniem czy cały sprzęt będzie podłączony w jednym pomieszczeniu. | **TAK** | Podać………… |
| 39 | Komunikacja między Wykonawcą a przedstawicielami Działu Informatyki Zamawiającego (w zakresie komunikacji z systemem Eskulap oraz przeszkolenia administratorów) odbywać się będzie za pośrednictwem osób wskazanych przez Strony do kontaktu. Zmiana ww. osób do kontaktu może nastąpić za pośrednictwem pisemnego powiadomienia i nie będzie traktowana jako zmiana umowy. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 40 | Zdalna administracja (jeżeli będzie konieczna) w ramach serwisu realizowana będzie z wybranego adresu/grupy adresów IP, które należy podać najpóźniej w dniu podpisania umowy. Połączenia muszą być szyfrowane (np. w standardzie ssh, ipsec). Każdorazowe nawiązanie połączenia zdalnego, musi wiązać się z wysłaniem wiadomości e-mail informującej o tym fakcie na adres remoteaccess@skpp.edu.pl | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** |
| 41. | Gwarancja minimum 24 miesiąceW trakcie obowiązywania gwarancji Wykonawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | **Min 24 miesiące** | = 24 miesiące -**0 pkt**. >24 miesięcy - **5 pkt**Podać……….. |
| 42. | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | **Max do** **17.05.2019 roku**  | * Termin dostawy 17.05.2019 roku -0 pkt
* Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 10 pkt.
* Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku – **15 pkt**

 Podać……….. |
| 43. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 44. | Wykonawca zobowiązany jest do opracowania wraz zamawiającym i i przedstawienia procedury/instrukcji użytkowania dostarczonych urządzeń, w przypadku wystąpienia awarii sieci informatycznej/łączności z HIS/LIS.   | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 45 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 46 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 47 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 48 | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 49 | W okresie gwarancji w przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 50 | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 51 | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | **TAK**  | xxxxxxxxxxxxxx |
| 52 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 53 | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 54 | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym  | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 55 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 56 | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

 **Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

 ……………………………………

 **Podpis Wykonawcy**



****

**Załącznik nr 2A,**

**EZP/27/19 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

61-848 Poznań, ul. Długa ½

Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

 Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **zakup (dostawa) wraz z instalacją automatycznego systemu do diagnostyki alergii autoimmunologii i monitorowania leczenia astmy dla Laboratorium nr 2 ul. Szamarzewskiego 82/84**

Termin wykonania zamówienia: **max do 17 maja 2019 roku.**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

 **adres e-mail** - ***niezbędny do porozumiewania się w przypadku awarii, tj braku kontaktu drogą elektroniczną za pomocą platformy zakupowej***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena Zadania nr …….bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie..........................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Termin – kryterium oceny ofert.**

**5.1.Termin dostawy: max do 17 maja (podać poniżej)**

* Termin dostawy 17.05.2019 roku
* Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. ……………(podać)
* Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku…………(podać)

Wykonawca, z uwagi na kryterium oceny ofert „termin dostawy” poda powyżej proponowany termin dostawy.

**Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu maksymalnego, tj. 17.05.2019r.**

**5.2. Termin gwarancji min 24 miesiące, zaznaczyć poniżej**

* Okres gwarancji **24 miesiące**
* Okres gwarancji **powyżej 24 miesięcy**

Wykonawca, z uwagi na kryterium oceny ofert „termin gwarancji” zaznaczy proponowany termin.

**Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu minimalnego, tj 24 miesiące.**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:………………..

**Itd.**

**………………………. ……………………………………**

 **Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

****

****

**Załącznik nr 4**

**EZP/27/19**

**Wykonawca dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

 **………………………..**

data

**Dotyczy postępowania na:**

**zakup (dostawa) wraz z instalacją automatycznego systemu do diagnostyki alergii autoimmunologii i monitorowania leczenia astmy dla Laboratorium nr 2 ul. Szamarzewskiego 82/84.**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

………………….

 Podpis i pieczątka Wykonawcy

*\*zaznaczyć właściwe*

****

#### Załącznik nr 5

**EZP/27/19**

**Dotyczy postępowania na : zakup (dostawa) wraz z instalacją automatycznego systemu do diagnostyki alergii autoimmunologii i monitorowania leczenia astmy dla Laboratorium nr 2 ul. Szamarzewskiego 82/84.**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

 a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN),stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

 b) opis towaru ( należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację-opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

 c)masa netto ( w pełnych kilogramach ) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d)ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot ( Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

****

**Załącznik nr 6**

**EZP/27/19**

***Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie……………………………………………………………………………;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

****

**Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)**

**EZP/27/19**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

 **…………………………….**

 **Podpis Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)