**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**Pakiet nr 1 - Respirator - ilość: 1 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Kraj pochodzenia: ………………………………..

Rok produkcji: **2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | ***Parametry techniczno-użytkowe*** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| * + - * 1. **WYMAGANIA OGÓLNE**
 |
|  | Respirator dla dzieci i dorosłych przeznaczony do stosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, co najmniej dwa koła z blokadą | \* |
|  | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5 kg | \* |
| 3. | Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów Zamawiający wymaga dołączenia odpowiedniego reduktora. | \*Podać zakres: |
| 4. | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów Zamawiający wymaga dołączenia odpowiedniego reduktora. | \* Podać zakres: |
| 5. | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz±10% | \* |
| 6. | Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na mniej niż 0,5 godziny pracy | \* |
| 7. | Podczas pracy respiratora na zasilaniu akumulatorowym możliwość użycia dodatkowego akumulatora i jego wymiany na nowy naładowany bez przerwy w pracy respiratora  | \* |
| * + - * 1. **TRYB WENTYLACJI**
 |
| 1. | Wentylacja wspomagana/kontrolowanaCMV/Assist - IPPV | \* |
|  | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | \* |
|  | Wentylacja spontaniczna | \* |
|  | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | \* |
|  | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP lub Bi-Level lub DuoPAP lub APRV | \*Podać typ: |
|  | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) | \* |
|  | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | \*Podać rodzaj: |
|  | Wdech manualny | \* |
|  | Oddech kontrolowany objętością VCV | \* |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | \* |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC lub AutoFlow lub APV lub VC+ | \*Podać typ: |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem OSV/ASB | \* |
|  | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC lub TC lub TRC | \*Podać: |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS lub PAV+ zgodny z algorytmem Younesa lub NAVA | \*Podać: |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV | \* |
| **III. PARAMETRY NASTAWIALNE** |
|  | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż 5 do 100 na minutę | \*Podać zakres: |
|  | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml | \*Podać zakres: |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo - kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 6 do 150 l/min | \*Podać zakres: |
|  | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1:9 do 4:1 | \*Podać zakres: |
|  | Czas wdechu Ti od 0,2 do 5,0 s | \* Podać czas: |
|  | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s | \*Podać zakres: |
|  | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O | \*Podać zakres: |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie mnie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O | \*Podać zakres: |
|  | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 40 cmH2O | \*Podać zakres: |
|  | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu / ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | \* |
|  | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50 % | \*Podać zakres: |
|  | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 l/min | \*Podać zakres: |
|  | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 cmH2O | \*Podać zakres: |
|  | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektryczno – pneumatyczny kontrolowany mikroprocesowo w zakresie od 21 do 100 % co 1% | \*Podać zakres: |
| 1. **POMIARY PARAMETRÓW**
 |
|  | Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy pacjentami | \* |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu | \* |
|  | Pomiar całkowitej częstości oddychania | \* |
|  | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | \* |
|  | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | \* |
|  | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | \* |
|  | Pomiar ciśnienia szczytowego | \* |
|  | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | \* |
|  | Pomiar stosunku wdech / wydech I:E | \* |
|  | Pomiar ciśnienia plateau | \* |
|  | Pomiar ciśnienia PEEP / CPAP | \* |
|  | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | \* |
|  | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | \* |
|  | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta | \* |
|  | Pomiar NIF / MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej | \* |
|  | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms | \* |
|  | Indeks dyszenia RSB / SBI (f/Vt) | \* |
|  | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | \* |
|  | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | \* |
| 1. **MONITOR GRAFICZNY**
 |
|  | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej min. 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji  | \*Podać przekątną całkowitą monitora: |
|  | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej w stosunku do respiratora  | \* |
|  | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu. Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie | \* |
|  | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie - objętość lub przepływ - objętość | \*Podać: |
|  | Dodatkowy wyświetlacz, ekran itp. informujący o podstawowych parametrach wentylacji przy uszkodzeniu ekranu głównego | \* |
|  | Możliwość jednoczesnej prezentacji krzywych i pętli na ekranie | \* |
|  | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin. Trendy w postaci graficznej tabelarycznej | \* |
| 1. **ALARMY / SYGNALIZACJA**
 |
|  | Hierarchia alarmów w zależności od ważności  | \* |
|  | Alarm zaniku zasilania sieciowego | \* |
|  | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | \* |
|  | Alarm niskiego ciśnienia tlenu | \* |
|  | Alarm niskiego ciśnienia powietrza | \* |
|  | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym  | \* |
|  | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej | \* |
|  | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej  | \* |
|  | Alarm wysokiego ciśnienia | \* |
|  | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego  | \* |
|  | Alarm wysokiej częstości oddechów | \* |
|  | Alarm wysokiej objętości oddechowej | \* |
|  | Alarm niskiej objętości oddechowej | \* |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | \* |
|  | Pamięć alarmów z komentarzem | \* |
| 1. **INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE**
 |
|  | Alarm wizualny widoczny z każdej strony respiratora w zakresie 360° | \* |
|  | Zachowanie ciągłości wentylacji poprzez obejście elementów podejrzanych o uszkodzenie gdy testy diagnostyczne prowadzone w tle normalnej pracy wykrywają problem dotyczący elementów mieszania gazów, sytemu wdechowego lub systemu wydechowego. Funkcja ta ma za zadanie dać operatorowi czas na wymianę respiratora na sprawny | \* |
|  | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo – kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | \* |
|  | Możliwość regulowanego wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP lub BILEVEL lub APRV | \* |
|  | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | \* |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | \* |
|  | Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk | \* |
|  | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po włączeniu aparatu | \* |
|  | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW lub wzrostu | \* |
|  | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika | \* |
|  | Sztuczne płuco testowe - worek testowy dołączony do respiratora  | \* |
|  | Uchwyt mocujący do nawilżacza | \* |
|  | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta | \* |
|  | Układ oddechowy dla dorosłych kompatybilny z oferowanym urządzeniem – 2 kpl wielorazowe | \* |
|  | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiającymi przesłanie danych do respiratora  | \* |
|  | Wdechowy filtr przeciwbakteryjny z pojemnikiem na skropliny dla respiratora oferowanego - 2 kpl wielorazowe | \* |
|  | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny dla oferowanego respiratora - 2 kpl wielorazowe | \* |
| 1. **WARUNKI , GWARANCJI I SERWISU, INNE**
 |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim  | \* |
|  | Zgłoszenia, usterek, przeglądów gwarancyjnych: telefonicznie, faxem, e-mail | \*Nr telefonu: ………………………Fax: ………………………………...Mail: ………………………….……. |
|  | Ilość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta w okresie gwarancji  | Podać: ……………………….…… \* |
|  | Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny | \*Nazwa:………………………………………………………………………Adres:………………………………………………………………………Telefon: ……………………………………..Fax: ……………………………………..Mail: ……………………………………… |

\* ***wypełnia Wykonawca***

„Oświadczam/my, że oferowane urządzenie spełnia powyższe wymagania, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku beż żadnych dodatkowych zakupów.”

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

 Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Pakiet nr 2 - Spektrofotometr - ilość: 1 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji: **2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | ***Parametry techniczno-użytkowe*** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| * + - * 1. **Parametry**
 |
|  | Zakres pracy spektrofotometru 190 -1100 nm | \*Podać zakres: |
|  | System otwarty | \* |
|  | Powtarzalność długości fali: poniżej lub równa 0,3 nm.  | \*Podać: |
| 4. | Pamięć do 100 procedur pomiarowych | \* |
| 5. | Możliwość podłączenia spektrofotometru do komputera | \* |
| 6. | Standardowe możliwości spektrofotometru: pomiary przy stałej długości fali, analiza ilościowa z krzywymi kalibracji | \* |
|  | Ekran LCD pozwalający na wyświetlenie krzywych kalibracji, wyników i metod.  | \* |
|  | Menu w języku polskim | \* |
|  | Wyposażenie spektrofotometru w kuwety  | \* |
|  | Drukarka | \* |
| 1. ***Warunki , gwarancji i serwisu, inne***
 |
|  | Ilość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta w okresie gwarancji | Podać: ……………………….…… \* |
|  | Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny | \*Nazwa:………………………………………………………………………Adres:………………………………………………………………………Telefon: ……………………………………..Fax: ……………………………………..Mail: ……………………………………… |

\* ***wypełnia Wykonawca***

„Oświadczam/my, że oferowane urządzenie spełnia powyższe wymagania, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku beż żadnych dodatkowych zakupów.”

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

 Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

…………………………………………

 Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON ……………………………….............. NIP …………………………......................……………

Tel. ………………………………..............… Fax ……………….....................……………………...

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym ……………………………………………

Tel ………………… e-mail **……………………………………………………………………………..**

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………………………….

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

**Pakiet nr 1**

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….……..…………………....…................. zł

podatek VAT ………% …………………….………….……………………….………….……...... zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT** **za 1 szt.** .………………..……………………....................………… zł

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

**OKRES GWARANCJI**: ……………**miesięcy\***

**JAKOŚĆ\***

**Nebulizator wielorazowy: NIE / TAK \*\***

**Regulacja monitora w płaszczyźnie pionowej: NIE / TAK \*\***

**\*\* nie właściwe skreślić**

\*kryterium ocenne

**Pakiet nr 2**

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….……..…………………....…................. zł

podatek VAT ………% …………………….………….……………………….………….……...... zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT** **za 1 szt.** .………………..……………………....................………… zł

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

**OKRES GWARANCJI**: ……………**miesięcy\***

**JAKOŚĆ\***

**Uchwyt pomiarowy: jednopozycyjny / wielopozycyjny \*\***

**Automatyczny podajnik próbek z możliwością termostatowania: NIE / TAK \*\***

 **\*\* nie właściwe skreślić**

\*kryterium ocenne

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego
w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców\*
5. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 7 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
7. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia roku

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

 (podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 4 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH I LABORATORYJNYCH***prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ MEDYCZNYYYCH I LABORATORYJNYCH***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

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

 …………………………………………

*(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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*(podpis)*

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH I LABORATORYJNYCH***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *Dostawa sprzętu komputerowego*, prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (podpis i pieczątka Wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***DOSTAWA URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH I LABORATORYJNYCH***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1
2. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług2
3. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*(podpis)*