**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**Komputery PC - ilość: 40 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | Zastosowanie  Zestaw komputerowy może być wykorzystywany do n/w zastosowań:  obsługi aplikacji, biurowych, edukacyjnych, obliczeniowych, w celu dostępu do Internetu i poczty elektronicznej. | Producent ………………………………………..  Model/Typ ………………………………………. |
|  | Procesor  Dla celów porównawczych procesor musi spełniać wskaźniki testu PassMark – CPU Mark ze strony: www.cpubenchmark.net/high\_end\_cpus.html  – z wynikiem: od 5850 do 5900 punktów (powyżej - parametr dodatkowo punktowany)  - obsługa instrukcji 64-bitowych  - sprzętowe wsparcie wirtualizacji  - wsparcie wielowątkowości przetwarzania  Wydruk ze strony passmark.com potwierdzający spełnienie wymaganych wskaźników dla procesora, z datą nie wcześniejszą niż data ogłoszenia przetargu i nie późniejszą niż data składania ofert należy dołączyć do oferty.**Wydruk należy dołączyć do oferty (zapis SIWZ Rozdział VI pkt. 2 ppkt a)** | \*Podać wskaźnik testu dla oferowanego procesora:  ……………………………. |
| 3. | Pamięć RAM  2 x 8 GB w trybie Dual Channel, typ DDR3 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 4. | Płyta główna  Dostosowana do oferowanych podzespołów, wyposażona w 2 gniazda pamięci RAM i z możliwością rozbudowy do min. 16 GB (prędkość szyny równa lub większa prędkości dostarczonej pamięci RAM) o architekturze wielokanałowej. Wszystkie kondensatory polimerowe.  Panel tylni:  1 x D-Sub  1 x HDMI  1 x DP  1 x RJ-45  4 x USB  1 x COM  analogowe złącza audio | \*Opisać |
| 5. | **Dysk SSD**  Co najmniej SSD120 GB z partycją RECOVERY umożliwiającą odtworzenie systemu operacyjnego fabrycznie zainstalowanego na komputerze po awarii.  Dla celów porównawczych dysk musi spełniać wskaźniki testu PassMark – Disk Rating ze strony: https://www.harddrivebenchmark.net/mid\_range\_drives.html  – z wynikiem: od 2457 do 2500 punktów (powyżej - parametr dodatkowo punktowany) | Podać wskaźnik testu dla oferowanego dysku:  ……………………………………….. |
| 6. | **Obudowa**  Obudowa małogabarytowa typu Micro, umożliwiająca pracę w poziomie oraz pionie. Suma wymiarów obudowy nie może przekroczyć 390 mm ( np.: 178 mmm x 178 mm x 34 mm)  Panel przedni obudowy wyposażony w analogowe złącza audio/mikrofon i 4 x USB 3.0 | \*Podać wymiary oferowanej obudowy:  ………………………………………. |
| 7. | **Karta graficzna** zintegrowana z procesorem. | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| **8.** | **Karta dźwiękowa**  Zintegrowana z płytą główną, zgodna z High Definition (HD) Audio. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 9. | **Karta sieciowa z**integrowana 10/100/1000 Mbps | \* Potwierdzić:  …………………………………….. |
| 10. | **System operacyjny**  MS Windows 10 Professional 64 bit PL na licencji OEM lub równoważny.  Nośnik z czystym systemem operacyjnym, tj. bez sterowników i dodatkowych aplikacji,  **Uwaga: W przypadku, gdy licencjodawca powiązał numer licencyjny z nośnikiem należy go dostarczyć do każdego komputera,**  Warunki równoważności opisane w SIWZ Rozdział I pkt. 7 | \*Podać nazwę systemu operacyjnego:  …………………………………… |
| 11. | **Klawiatura**  Klawiatura typu Windows, pełnowymiarowa, z wydzieloną częścią numeryczną, układ QWERTY | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 12. | **Mysz**  min. dwuprzyciskowa z rolką, z sensorem laserowym o rozdzielczości min. 1000 dpi, przewodowa o długości kabla min. 1,8 m, podłączana przez port USB | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 13. | **Zasilacz**  Zewnętrzny 65W umożliwiający bezproblemową pracę komputera przy pełnym obciążeniu zasilacza | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
|  | **BIOS** musi posiadać możliwość, co najmniej:   * ustawienia hasła dostępu do BIOS’u dla administratora, * ustawienie sekwencji bootowania, * blokadę zewnętrznych portów I/O. | \*Podać możliwości BIOS  ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………. |
|  | **Waga**  Waga: 1,11 kg÷1,5 kg  (waga komputera poniżej 1,10 kg - parametr dodatkowo punktowany) | \*Podać wagę:  ……………………………. |
| 1. **WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
|  | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*:  ……………………………………….  Imię i nazwisko  Telefon: ………………………………………..…………  Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:  …………………………………………………..  Adres:  …………………………………………………..  Nr telefonu:  …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Monitory ekranowe - ilość: 40 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\*** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | Producent ………………………………………..  Model/Typ ………………………………………. | |
|  | **Przekątna min. 23 cali** | \*Podać przekątną monitora:  ……………………………………….. |
| 3. | **Rozdzielczość** min. 1920 x 1080 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 4. | **Format**16:9 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 5. | **Typ matrycy**  LED, IPS | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 6. | **Kontrast**  min. 1000:1 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 7. | **Czas reakcji** max. 5ms | \*Podać:  ……………………………………….. |
| **8.** | **Kąt widzenia pionowego i poziomego**  Pion - 178°  Poziom – 178 ° | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 9. | **Zewnętrzne porty we-wy**  min. 1 x VGA (D-SUB)  min. 1 x HDMI  min. 1 x DVI-D  **Wymagana ilość portów nie może być uzyskana poprzez stosowanie przejściówek** | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 10. | **Inne:**   * Regulacja pochylenia; * Regulacja wysokości * Wbudowany głosnik | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 11. | **Certyfikat CE** wraz ze stosownym oznakowaniem sprzętu | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 1. **WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
|  | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu   W przypadku uszkodzenia pamięci masowej – uszkodzona pozostaje własnością Zamawiającego | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*:  ……………………………………….  Imię i nazwisko  Telefon: ………………………………………..…………  Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:  …………………………………………………..  Adres:  …………………………………………………..  Nr telefonu:  …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 3 do SIWZ**

**Drukarki kodów kreskowych - ilość: 10 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\*** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** | | |
|  | Producent ………………………………………..  Model/Typ ………………………………………. | |
|  | **Zastosowanie**  W ochronie zdrowia (etykietowanie leków wydawanych na recept, etykietowanie próbek i etykiet w laboratoriach, opaski na rękę do identyfikacji pacjentów) | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 3. | **Typ wydruku** druk termiczny | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 4. | **Rozdzielczość wydruku**  203 dpi – 8 pkt/mm  Opcjonalnie 300 dpi – 12 pkt/mm | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 5. | **Pamięć**  Flash 512 MB  SDRAM 256 MB | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 6. | **Maksymalna szerokość druku**  56 mm w wersji 203 dpi i 300 dpi | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 7. | **Szybkość wydruku**  152 mm/s (203 dpi)  102 mm/s (300 dpi) | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 8. | **Obsługiwane rozmiary rolek z nośnikiem**  Średnica zew. 127 mm  Średnica wew. rdzenia: 12,7 mm – 25,4 mm | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 9. | **Czujniki nośników**  Ruchomy czujnik refleksyjny – czujnik czarnych znaczników, obsługujący całą szerokość nośnika, wielopozycyjny czujnik transmisyjny – czujnik przerw | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 10. | **Obsługiwane systemy operacyjne**  Windows | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 11. | **Interfejs** min. :   * USB * RJ45 | \*Podać:  ……………………………………….. |
| 12. | **Kody kreskowe 1D**  Code 11, Code 39, Code 93, Code 128, ISBT-128, UPC-A, UPC-E, EAN-8, EAN-13, UPC I EAN z rozszerzeniami 2 – lub 5 cyfrowymi, Plessey, Postnet, standardowy 2 z 5, przemysłowy 2 z 5, przeplatany 2 z 5, Logmars, MSI, Codabar i Plate Code. | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 13. | **Kody kreskowe 2D**  Codablock, PDF147, Code49, DataMatrix, MaxiCode, QR Code, MicroPDF, Aztec | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 14. | **Certyfikaty**  Certyfikat ENERGY STAR | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 1. **WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** | | |
| 1. | Wymiana elementu / podzespołu na nowy w przypadku:   * braku możliwości naprawy elementu / podzespołu; * dwukrotnej naprawy tego samego elementu / podzespołu | |
|  | Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy:  taki jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego:  do **24h** od momentu zgłoszenia telefonicznego | |
|  | Miejsce wykonania naprawy  w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie Zamawiającego: **max 48 h** | |
|  | Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia w przypadku kiedy naprawa wykonywana jest w siedzibie autoryzowanego serwisu Wykonawcy: **max 14 dni** | |
|  | Na czas naprawy przedmiotu zamówienia wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia **po max 14 dniach** | |
|  | W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca | |
|  | Magazyn części zamiennych  dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 2 lat po upływie gwarancji | |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*:  ……………………………………….  Imię i nazwisko  Telefon: ………………………………………..…………  Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:  …………………………………………………..  Adres:  …………………………………………………..  Nr telefonu:  …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

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

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 4 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 - Komputery PC

Cena bez podatku VAT za 40 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 40 szt.** .………………….……… zł

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

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**Parametry dodatkowo punktowane - parametry techniczne (Jakość)**

**NALEŻY ZAZNACZYĆ W PRZYPADKU ZAOFEROWANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA O PARAMETRACH DODATKOWO PUNKTOWANYCH**

* 1. **Oferowany procesor: od 5850 - 5900 pkt / 5901-6000 pkt / 6001 i więcej pkt\*\***
  2. **Oferowany Dysk SSD: od 2457 - 2500 pkt**  **/ 2501 – 2600 pkt / 2601 i więcej pkt\*\***

1. **Waga komputera**  **………………\*\*\***

***\*kryterium ocenne***

***\*\* kryterium dodatkowo oceniane (punktowane), niewłaściwe skreślić***

***\*\*\* kryterium dodatkowo oceniane (punktowane), należy wypełnić***

**Pakiet nr 2 - Monitory ekranowe**

Cena bez podatku VAT za 40 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 40 szt.** .………………….……… zł

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

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**Parametry dodatkowo punktowane – Termin dostawy**

**OFEROWANY TERMIN DOSTAWY: …………….. dni\*\***

***\*kryterium ocenne***

***\*\* kryterium dodatkowo oceniane (punktowane), należy wypełnić***

**Pakiet nr 3 - Drukarki kodów kreskowych**

Cena bez podatku VAT za 10 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 10 szt.** .………………….……… zł

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

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**Parametry dodatkowo punktowane – Termin dostawy**

**OFEROWANY TERMIN DOSTAWY: …………….. dni\*\***

***\*kryterium ocenne***

***\*\* kryterium dodatkowo oceniane (punktowane), należy wypełnić***

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 niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik 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
6. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

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

(*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**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. 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 SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO, DRUKAREK KODÓW KRESKOWYCH**, 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.

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

…………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

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.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**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. 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 SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO, DRUKAREK KODÓW KRESKOWYCH** prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego w zakresie Pakietu nr .……., 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.

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

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

*(Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania 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*