**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**Monitory ekranowe - ilość: 10 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE**
 |
|  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….Rok produkcji 2018 |
|  | **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. 2 x HDMImin. 1 x DVI-D**Wymagana ilość portów nie może być uzyskana poprzez stosowanie przejściówek** | \*Podać:……………………………………….. |
| 10. | **Inne:*** Regulacja pochylenia;
* Regulacja wysokości
* Wbudowany głośnik
 | \*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 zamiennychdostępność 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**

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 odpowiedzialna za realizację umowy/zamówień:

………………………………………………………………………………

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:

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 roboczych\*\***

***\*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. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

TAK / NIE \*

1. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy:

bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców **\***

1. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_ 2018 roku

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

 (Czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**\*** *niewłaściwe skreślić*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowice, 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 monitorów ekranowych”**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem są ***„*Dostawa monitorów ekranowych*”***,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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018r.

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

 *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*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

 **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

 **40-027 Katowice, 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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa monitorów ekranowych”**,prowadzonego przez SPSK-M 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 monitorów ekranowych”**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

…………….……. *(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 r.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*