**Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz oferty**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa: ...........................................................................

Siedziba: ..........................................................................

Strona internetowa: ................................................

Adres e-mail: ......................................................

Numer telefonu: 0 (\*\*) ......................................

Numer REGON: .................................................

Numer NIP: .................................................

KRS: …………………………..……

Jestem □ małym, średnim przedsiębiorcą □ dużym przedsiębiorcą

**Dane dotyczące hasła do pliku JEDZ:**

Hasło dostępu do pliku JEDZ: ………………………………………………..…………………………

Inne, niezbędne informacje *( jeżeli występują )* ………………………………………………………….

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

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

NIP 846-13-75-707

REGON 790317038

Telefon: 87 644 42 84, 87 644 42 259

Faks: 87 643 34 19

Adres email: **zp@spzoz.augustow.pl**

Adres strony internetowej: **www.spzoz.augustow.pl**

Godziny urzędowania 7.00-14.30

**Zobowiązania Wykonawcy:**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na: **"Zakup sprzętu medycznego do centralnej sterylizatorni wraz z pracami budowlano-instalacyjnymi oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej w SP ZOZ w Augustowie”** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

1. **Cena ogółem:**

Wartość netto ............................................................................................................zł

(Słownie:..................................………………………………………………….………………)

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**w tym:**

**Część I:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część II:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część III:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesiecy użytkowania**

**Część IV:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część V:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część VI:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część VII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część VIII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część IX:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część X:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XI:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XIII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesiecy użytkowania**

**Część XIV:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XV:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XVI:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XVII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XVIII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XIX:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XX:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXI:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXIII:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXIV:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXV:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**Część XXVI:**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… miesięcy użytkowania**

**UWAGA: Wykonawca wykreśla te części zamówienia, na które nie składa oferty.**

**Oświadczenie dotyczące postanowień Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia,
 nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w specyfikacji
 istotnych warunków zamówienia.

3. Oświadczamy, że :

[ ]  wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego

[ ]  wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego :

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru dla, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania (wskazać wartość podatku) ………………………………………….

4. Oświadczamy, że:

[ ] wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

[ ] obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOw przedmiotowym postępowaniu nas nie dotyczą.

5. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. Informujemy, że :

[ ]  dokumenty, oświadczenia *( wymienić jakie )* : ………………………………………………………

dostępne są na stronie *(podać adres strony internetowej ) : ……………………………………….*

[ ]  dokumenty, oświadczenia *( wymienić jakie )* : ………………………………………………………

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr *(podać numer postępowania ) : ……………………………………….*

7. Wadium w kwocie ………… zostało wniesione w dniu …………w formie / formach: .………….

8. **Bank i numer konta, na które ma zostać zwrócone wadium: ………………………….……..….**

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .....tel. kontaktowy……. mail: .......... .......... ....

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .....tel. kontaktowy……mail, : .......... .......... ..........

 **Zastrzeżenie Wykonawcy:**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

Inne informacje Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………

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

 *Imiona i nazwiska osób Czytelne podpisy osób uprawnionych do*

*uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 4 do SIWZ- Projekt umowy**

U M O W A - Projekt

będąca wynikiem przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego nr 10/ZP/2019 na:

zawarta w dniu …………………………. r. w Augustowie pomiędzy :

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

z siedzibą w …………………………………….. ul. …………………………………… wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w …………………………, ………… Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: …………………………….

NIP: …………………………., kapitał zakładowy ...........................................*( dot. tylko spółek kapitałowych )*

zwanym w treści umowy Dostawcą,

w imieniu którego działają:

1) ........................................................

2) ........................................................

a

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Augustowie ul. Szpitalna 12 , 16 – 300 Augustów wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000037781, NIP : 846-13-75-707, zwanym w treści umowy Zamawiającym,

w imieniu którego działa :

Danuta Zawadzka – Dyrektor

o następującej treści :

**§ 1.**

**Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest dostawa sprzętu medycznego do centralnej sterylizatorni wraz z pracami budowlano-instalacyjnymi w ramach zadania: **"Zakup sprzętu medycznego do centralnej sterylizatorni wraz z pracami budowlano-instalacyjnymi oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej w SP ZOZ w Augustowie”.**
2. Urządzenia charakteryzują się właściwościami i parametrami, wymienionymi OPZ stanowiącego załącznik nr 1 do SIWZ.
3. Cena, długość okresu gwarancji, długość okresu bezpłatnego serwisu są następujące:

**Część[[1]](#footnote-2):**

1. Wartość netto ............................................................................................................zł

Stawka pod. VAT ...... %, wartość pod. VAT........................................................................zł

Wartość części brutto ..........................................................................................................zł

(Słownie:......................………………………………………………………………………………………………)

1. **Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**
2. **Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania**

Wykonawca udziela pełnej gwarancji i rękojmi na przedmiotowy sprzęt – zgodnie z ofertą przetargową na okres **……………………… miesięcy**

Wykonawca udziela bezpłatnego serwisu na przedmiotowy sprzęt – zgodnie z ofertą przetargową **do …………….. miesięcy użytkowania**

1. Wartość umowy brutto, obejmująca należny podatek od towarów i usług, wynosi
………………………………….. zł., słownie – ……………………………………… zł i nie ulegnie zmianie do dnia opłacenia całej należności za urządzenia, równej w/w wartości umowy.
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta przetargowa wraz z załącznikami.
3. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia, jak również do tego terminu dokonać szkolenia personelu i dostarczyć:

- kartę gwarancyjną,

- pełną listę części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, akcesoriów i innych części, których wymiana lub naprawa może okazać się konieczna w okresie eksploatacji urządzenia,

- wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych (zgodnie z art. 90 ust 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r.). W okresie obowiązywania gwarancji Wykonawca zapewni dostępność nabywanych każdorazowo przez Zamawiającego na własny koszt części eksploatacyjnych, akcesoriów i materiałów zużywalnych stosowanych do urządzeń będących przedmiotem zamówienia.

- wykaz podmiotów obsługi serwisowej (zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r.),

-dokumentację serwisową (tj. wszelkie dokumenty typu paszport techniczny itp.) oraz instrukcję obsługi w języku polskim (w formie elektronicznej i papierowej).

**§ 2.**

Wymieniona w § 1 ust. 5 wartość umowy zawiera wszystkie koszty związane z dostawą do siedziby Zamawiającego, uruchomieniem urządzeń oraz przeszkoleniem personelu.

**§ 3**

**Warunki realizacji umowy**

1. Dobór i skompletowanie urządzeń musi umożliwiać ich użytkowanie niezwłocznie
po uruchomieniu i przeszkoleniu personelu, bez dokonywania jakichkolwiek dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć i uruchomić urządzenia fabrycznie nowe, kompletne, identyczne z opisanymi **w załączniku nr 2 do SIWZ** w terminie 6 tygodni od daty podpisania umowy po wcześniejszym uzgodnieniu daty i godziny dostawy, w godzinach pracy Zamawiającego.
3. Szczegółowe terminy dostawy będą uzgodnione z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego, którym jest Pan Jerzy Mazur.
4. Dostawa będzie się odbywać na ryzyko Wykonawcy, transportem zapewnionym przez Wykonawcę do miejsca określonego przez przedstawiciela Zamawiającego, w odpowiednio oznakowanych opakowaniach, zapewniających pełną ochronę przedmiotu dostawy przed czynnikami szkodliwymi.
5. Przekazanie do użytkowania sprawnych urządzeń zostanie udokumentowane podpisaniem przez upoważnionych przedstawicieli stron stosownych protokołów, przy czym Wykonawca zobowiązany jest do przygotowania projektu protokołów, które
	1. są sporządzone w 2 egzemplarzach, po jednym dla zamawiającego i wykonawcy;
	2. są opatrzone pieczęcią i podpisem *Kierownika właściwej komórki organizacyjnej* – użytkownika urządzenia oraz przedstawiciela Zamawiającego, wskazanego w ust. 3, a także pieczęcią i podpisem osoby/osób dokonujących przekazania urządzenia.
	3. zawierają dokładny opis dostarczonego urządzenia, zgodny z ofertą i umową: nazwa, typ, nr katalogowy, producent, rok produkcji, skład zestawu z numerami katalogowymi, numery fabryczne/seryjne;
	4. zawierają jednoznaczne stwierdzenia, że urządzenie zostało dostarczone
	z podaniem dat ww. czynności.
6. Szkolenia personelu odbędą się w miejscach użytkowania urządzeń, po ich przekazaniu i będą przeznaczone dla osób wskazanych przez *odpowiedniego Kierownika komórki organizacyjnej.* Terminy szkoleń będą określone przez w/w *Kierownika*; szkolenia zostaną zakończone podpisaniem odpowiedniego protokołu szkolenia przez wszystkie przeszkolone osoby , *w/w Kierownika* oraz przez szkolących.
7. Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego określone są w załączniku nr 3 do niniejszej umowy (załącznik nr 5 do SIWZ ).
8. Sprzęt zostanie dostarczony w opakowaniu odpowiadającym właściwościom sprzętu i środka transportu, na ryzyko Wykonawcy. Wykonawca zapewni rozładunek i transport wewnętrzny sprzętu.

**§ 4.**

**Warunki płatności**

Ustala się następujące warunki płatności:

1. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić, za urządzenia określone w § 1 po ich dostarczeniu, co zostanie potwierdzone podpisaniem protokołu, o którym mowa w § 3, w terminie do 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego, przelewem na rachunek Wykonawcy wskazany w fakturze.
2. Faktura zostanie dostarczona w terminie 7 dni po dokonaniu dostawy i wykonaniu wszystkich czynności do których jest zobowiązany Wykonawca, określonych w załączniku nr 2 do SIWZ.
3. Ceny kompletnych urządzeń, określone w ofercie, nie ulegną zmianie do dnia zapłaty należności.

**§ 5.**

**Kary umowne**

1. Zamawiający może obciążyć Wykonawcę karą umowną:
2. w wysokości 10% wartości umowy brutto, określonej w § 1 ust. 5, gdy Zamawiający odstąpi od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Wykonawca;
3. w wysokości 10% wartości umowy określonej w § 1 ust. 5, gdy Wykonawca odstąpi od umowy z własnej winy lub woli;
4. w wysokości 0,02 % wartości umowy, określonej w § 1 ust. 5, za każdy dzień zwłoki w dostawie lub w uruchomieniu urządzenia;
5. w wysokości 1% wartości umowy, określonej w § 1 ust. 5, w przypadku nienależytego jej wykonywania w zakresie innym, niż zwłoka w dostawie urządzenia, w szczególności w zakresie realizowania uprawnień zamawiającego z tytułu gwarancji,
6. w wysokości 0,2% ceny brutto wartości umowy, określonej w § 1 ust. 5, za każdy dzień zwłoki, w przypadku zwłoki w załatwieniu reklamacji i niezapewnienia sprzętu zastępczego.
7. Zamawiający będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych z tytułu szkód przekraczających wartość kar umownych.
8. W przypadku, gdy którakolwiek ze stron nie jest w stanie wywiązać się ze swych zobowiązań umownych w związku z okolicznościami wystąpienia „siły wyższej” – druga strona powinna być poinformowana na piśmie, w terminie do 14 dni od momentu zaistnienia tych okoliczności, pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
9. Pod pojęciem „siły wyższej” rozumie się wydarzenia i okoliczności nadzwyczajne, nieprzewidywalne, niezależne od dobrej woli i intencji którejkolwiek ze stron umowy, które będą miały miejsce po zawarciu niniejszej umowy, w szczególności: wojna, zamieszki, rewolucje, strajki, trzęsienia ziemi, pożary, klęski żywiołowe, wybuchy.

**§ 6.**

**Zmiany umowy**

1. Zamiana umowy

2.1. Zamawiający przewiduje zmiany zawartej umowy. Katalog dopuszczalnych zmian znajduje się w art. 144 ust 1 ustawy.

2.2.Wszelkie zmiany zapisów umowy winny być dokonywane w formie pisemnej (aneksu do umowy).

**§ 7.**

**Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie spory, które wynikną przy realizacji niniejszej umowy, będą rozwiązywane polubownie, a w przypadku braku porozumienia zostaną poddane pod rozstrzygnięcie sądu właściwego ze względu na siedzibę Zamawiającego.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
3. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy, w terminie miesiąca od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
4. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową obowiązują przepisy ustawy - Prawo zamówień publicznych z dnia 29.01.2004 (Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.) i Kodeksu cywilnego oraz akty wykonawcze wydane do wyżej wymienionych ustaw.

Zamawiający Wykonawca

**Załącznik nr 4a do SIWZ**

**Wymagane warunki gwarancji i serwisu.**

1. Niektóre zastosowane określenia:
	1. „urządzenia”, „sprzęt medyczny”, „aparatura” – są to wszystkie wyroby medyczne i wyroby inne, zainstalowane lub umieszczone w obiekcie Zamawiającego w ramach wykonywania umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.
	2. „dni robocze” – przyjmuje się, że sobota, niedziela oraz dni ustawowo wolne od pracy nie są dniami roboczymi.
2. Okres gwarancji wynosi minimum 36 miesięcy od dnia uruchomienia urządzeń i przekazania ich do eksploatacji, potwierdzonego odpowiednimi protokołami.
3. Przeglądy gwarancyjne i naprawy urządzenia w okresie gwarancji będą wykonywane na koszt wykonawcy, co oznacza w szczególności, że materiały i części zamienne, zastosowane do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacji, regulacji oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym - będą na koszt wykonawcy. Przeglądy będą się odbywać w siedzibie Zamawiającego.
4. Zakres i terminy ww. przeglądów będą określone w instrukcjach obsługi, dostarczonych wraz z urządzeniami oraz w protokołach uruchomienia i przekazania urządzeń do eksploatacji. Ostatni przegląd stanu technicznego w okresie gwarancji, który jest przeglądem obowiązkowym, będzie zrealizowany w terminie ( 7-14) dni przed zakończeniem okresu gwarancji.
5. Wykonawcą ww. przeglądów i napraw będzie odpowiedni serwis autoryzowany, potwierdzający każdorazowo swoje czynności w dostarczonej wraz z urządzeniami karcie / kartach gwarancyjnych.
6. Gwarancją nie są objęte w szczególności: uszkodzenia i wady urządzeń będących przedmiotem umowy, wynikłe na skutek: eksploatacji urządzeń przez Zamawiającego niezgodnej z ich przeznaczeniem, niestosowania się przez Zamawiającego do instrukcji obsługi urządzeń, mechanicznego uszkodzenia powstałego z winy Zamawiającego lub osoby trzeciej i wywołanych nimi wad, samowolnych napraw, przeróbek lub zmian konstrukcyjnych (dokonywanych przez Zamawiającego lub inne nieuprawnione osoby) oraz uszkodzenia spowodowane zdarzeniami losowymi, np. pożar, powódź, zalanie.
7. Czas reakcji na zgłoszenie problemu w eksploatacji urządzeń, czyli nawiązanie kontaktu telefonicznego z bezpośrednim użytkownikiem, wymienionym w umowie, lub z osobą przez niego upoważnioną, nastąpi najpóźniej do godz. 10.00 następnego dnia roboczego od zgłoszenia .
8. Czas oczekiwania na podjęcie naprawy, obliczany od dnia ww. zgłoszenia problemu.– nie dłużej, 2 dni robocze, wykonanie skutecznej naprawy i przywrócenie możliwości użytkowania urządzeń – nie później niż w ciągu:

a) 3 dni roboczych liczonych od dnia przystąpienia do naprawy – w przypadku naprawy bez wymiany sprowadzanych od producenta części zamiennych,

 b) 10 dni roboczych liczonych od dnia przystąpienia do naprawy – w przypadku konieczności importu części zamiennych od producenta zagranicznego.

1. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w którym niemożliwe było używanie urządzenia ze względu na jego niesprawność, w szczególności efektem każdej niesprawność dowolnego elementu urządzenia, jest przedłużenie okresu gwarancji dla całego urządzenia.
2. Gwarancja na wymienione części zamienne i/lub podzespoły urządzenia wynosi
24 miesiące od dnia dokonania wymiany.
3. Wykonawca umowy zapewni dostęp do części zamiennych i serwisów autoryzowanych przez co najmniej 10 lat od uruchomienia urządzenia z wyłączeniem części zamiennych do komputerów.
4. Wykonawca w ramach umowy dostarczy urządzenia do siedziby Zamawiającego i dokona uruchomienia oraz przeszkoli wyznaczony personel Zamawiającego ( min. 3 osoby ) w terminie nie dłuższym niż 5 dni przed podpisaniem protokołu odbioru od dnia dostawy. Potwierdzeniem wykonania w/w czynności będzie protokół odbioru ( bez zastrzeżeń ). Urządzenia medyczne muszą być oznaczone znakiem CE.
5. Wykonawca dostarczy instrukcję obsługi w formie papierowej i elektronicznej i dowód urządzenia (paszport), kartę gwarancyjną w dniu dostawy. Wszystkie dokumenty w języku polskim.
6. W przypadku nieusunięcia wady fizycznej lub niedostarczenia sprzętu wolnego od wad w terminach określonych w pkt 8, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić sprzęt zastępczy o parametrach techniczno-użytkowych porównywalnych lub wyższych.

**Załącznik nr 5 do SIWZ – Oświadczenie o oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej**

**………………………………………………………………**

**………………………………………………………………**

**………………………………………………………………**

 ***(nazwa i adres Wykonawcy)***

**………………………………., dnia …………………………… roku**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego znak: **10/ZP/2019**, **"Zakup sprzętu medycznego do centralnej sterylizatorni wraz z pracami budowlano-instalacyjnymi oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej w SP ZOZ w Augustowie "**  prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. , poz. 1986 ) oświadczam, iż\*:

1. nie należę do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z dnia 21.03.2007r.)\*\*
2. należę do grupy kapitałowej, w skład której wchodzą następujące podmioty :

-

-

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

(podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

*\* Wykonawca zakreśla odpowiedni punkt i uzupełnia wymagane dane*

*\*\** ***Art. 4.****Ilekroć w ustawie jest mowa o:*

***1) przedsiębiorcy*** *- rozumie się przez to przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, a także:*

*a) osobę fizyczną, osobę prawną, a także jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, organizującą lub świadczącą usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,*

*b) osobę fizyczną wykonującą zawód we własnym imieniu i na własny rachunek lub prowadzącą działalność w ramach wykonywania takiego zawodu,*

*c) osobę fizyczną, która posiada kontrolę, w rozumieniu pkt 4, nad co najmniej jednym przedsiębiorcą, choćby nie prowadziła działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, jeżeli podejmuje dalsze działania podlegające kontroli koncentracji, o której mowa w art. 13,*

*d) związek przedsiębiorców w rozumieniu pkt 2 - na potrzeby przepisów dotyczących praktyk ograniczających konkurencję oraz praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów;*

***4) przejęciu kontroli*** *- rozumie się przez to wszelkie formy bezpośredniego lub pośredniego uzyskania przez przedsiębiorcę uprawnień, które osobno albo łącznie, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiają wywieranie decydującego wpływu na innego przedsiębiorcę lub przedsiębiorców; uprawnienia takie tworzą w szczególności:*

***14) grupie kapitałowej -*** *rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę;*

1. Należy wpisać numer części, na którą Wykonawca składa ofertę [↑](#footnote-ref-2)