Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

**FORMULARZ OFERTY**

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca w Zabrzu

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na usługę serwisowania rezonansu magnetycznego ( sprawa nr 30/EZP/20), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę wyszczególnioną w Pakiecie .

**Termin płatności ustalamy do 30 dni** licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

Inżynier świadczący serwis urządzeń posiada aktualną autoryzację wydane przez producenta aparatu – TAK / NIE

 Zapewnienie pracy inżynierów serwisu 24h/dobę, 7 dni w tygodniu: Tak / Nie

Czas przestoju aparatu, związanego z awarią, w umowie maks. 7 dni roboczych:

2 dni – 50 pkt. , 3 dni – 30 pkt. , 4 dni - 20 pkt, 5 dni – 10 pkt , 7 dni - 0 pkt.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załącznik nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oświadczamy , że pozyskane do złożenia oferty dane osobowe są dokonane za zgodą osób tam wymienionych .
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala .
6. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………
7. Jesteśmy małym /średnim /dużym przedsiębiorstwem\* ( skreślić niepotrzebne ).

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...................................................
2. ...................................................

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej.*

Załącznik nr 2

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Przedmiot zamówienia\* | Ilość  | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Usługa serwisowania rezonansu magnetycznego MAGNETOM AVANTO FIT | 24 m-ce |   |   |   |   |

*\*zakres usługi zawiera załącznik nr 5*

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 4

Oświadczenie

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

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Usługę serwisowania rezonansu magnetycznego (spr. nr 30/EZP/20)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

3. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu .

........................................................ 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 w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

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

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

 do reprezentacji Wykonawcy)

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 5

Zakres obsługi sprzętu objętego umową serwisową

1. Przeglądy okresowe

• Regularne przeglądy okresowe – interwały i zakres przeglądów według zaleceń producenta (w szczególności czynności wymagające użycia kodów serwisowych) zawartych w dokumentacji sprzętu; terminy przeglądów - uzgodnione z Zamawiającym;

• Sprawdzenie bezpieczeństwa mechanicznego;

• Kontrola występowania usterek zewnętrznych;

• Inspekcja zużycia części;

• Oczyszczenie dróg chłodzenia i odprowadzenia ciepła;

• Smarowanie ruchomych części mechanicznych;

• Sprawdzenie bezpieczeństwa elektrycznego;

• Konserwacja software’u systemowego i aplikacyjnego przy użyciu dedykowanego oprogramowania serwisowego;

• Porządkowanie przestrzeni dyskowej i bazy danych;

• Sprawdzenie funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy;

• Dokumentacja przeglądów.

1. Kontrola jakości - podczas przeglądów okresowych

• Sprawdzenie jakości obrazu;

• Sprawdzenie wartości pomiarowych i aplikacyjnych aparatury z wykorzystaniem, w razie potrzeby, specjalistycznej aparatury pomiarowej i fantomów;

• Ustawienie i regulacja odpowiednich wartości nastawień w przypadku ich odchylenia od wartości optymalnych.

1. Zdalna diagnostyka

• Proaktywne monitorowanie (stałą i bieżąca analiza) parametrów przesyłanych przez aparat do serwisu w celu zapobiegania sytuacjom krytycznym związanym z nagłą awarią aparatu, przestojem spowodowanym zatrzymaniem jego pracy oraz zachowaniem bezpieczeństwa danych pacjentów tj. zdalny monitoring trendów, który polega na czasowej obserwacji poszczególnych elementów (np. układu kriogenicznego - poziom ciekłego helu, temperatura osłon i głowicy, ciśnienie wewnętrzne magnesu) w dłuższym wymiarze czasu. Powyższe wymaga ciągłego utrzymania połączenia aparatu z systemem zdalnej diagnostyki • Wykorzystanie systemu zdalnej diagnostyki do diagnostyki i naprawy uszkodzeń;

• Utrzymanie infrastruktury koniecznej do realizacji usług zdalnej diagnostyki łącznie z pokryciem kosztów użytkowania linii telekomunikacyjnej, jeżeli Zamawiający nie udostępni własnego łącza internetowego;

• System zdalnej diagnostyki, spełniający międzynarodową normę standaryzującą system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO/IEC 27001:2013;

1. Naprawy

• Interwencje na wezwanie – praca w miejscu lokalizacji aparatury wraz z dojazdem inżyniera;

• Diagnozowanie błędów, usuwanie usterek oraz likwidowanie szkód powstałych w wyniku

naturalnego zużycia części (nie dotyczy kosztów związanych z procedurą przywrócenia funkcji magnesu do spuście helu gazowego (quench) powstającego w wyniku ogrzania się helu ciekłego, zapobiegając w ten sposób wzrostowi ciśnienia w magnesie i jego rozsadzeniu. Koszt dostarczenia helu oraz koszt oprzyrządowania niezbędnego do budowy pola magnetycznego zostaną przedstawione Zamawiającemu przez Wykonawcę stosowną ofertą; powyższe nie dotyczy przypadku, gdy spust helu (quench) nastąpi w trakcie Wykonywania świadczeń serwisowych przez Wykonawcę.

• Kontrola urządzenia po przeprowadzonej naprawie;

• Dokumentacja interwencji serwisowych."

1. Części zamienne

• Dostawa materiałów (fabrycznie nowych, w oryginalnych opakowaniach) niezbędnych do przeprowadzenia przeglądów w tym części istotnych dla bezpieczeństwa tj. Tales oraz Adsorber.

• Umowa nie obejmuje dostawy części zamiennych."

1. Obsługa serwisowa

• Zapewnienie pracy inżynierów serwisu w normalnych godziny wykonywania usług serwisowych

przez firmę, to jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:00, za wyjątkiem dni

ustawowo wolnych od pracy; • Zapewnienie możliwości dokonywania zgłoszeń 24h na dobę, 7 dni w tygodniu; • Inżynierowie świadczący serwis posiadający dostęp do legalnych kodów serwisowych, potwierdzony umową licencyjną lub oświadczeniem producenta. • Umowa zapewnia możliwość korzystania z dedykowanej platformy serwisowej 24h na dobę, 7 dni w tygodniu, pozwalającej na wykonywanie zgłoszeń, bieżące monitorowanie ich statusu oraz stanu realizacji .

1. Wsparcie aplikacyjne

• W zakresie wsparcia technicznego przez inżyniera serwisu

1. Założenia:
	* + - Wykonawca podaje koszt kontraktu serwisowego (opłata ryczałtowa).
			- Wykonawca musi spełniać wymagania Ustawy o wyrobach medycznych z 20 maja 2010r. (przez cały okres trwania umowy);
			- Wykonawca, w dn. podpisania umowy, musi posiadać narzędzia niezbędne do wykonywania przedmiotu zamówienia, w tym kody serwisowe urządzeń na dzień podpisania umowy, jeśli dotyczy (w ofercie oświadczenie o posiadaniu);
			- Wykonawca musi przedstawić czynności, które będą wykonane podczas przeglądu;
			- Wykonawca musi przedstawić zestawienie podzespołów, zgodną z instrukcją serwisową, których wymiana objęta jest procedurą przeglądu;
			- Wykonawca musi udokumentować wszystkie czynności w paszporcie technicznym urządzenia oraz na karcie pracy zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych;
			- Przed wykonaniem przeglądu należy uzgodnić termin z Zamawiającym;
			- Umowa musi zawierać możliwość rezygnacji z wykonania przeglądów dla urządzeń, które wycofano z eksploatacji lub zostały przeznaczone do kasacji;
			- W przypadku wykrycia podczas przeglądu awarii wymagającej wymianę elementów i dodatkowe koszty, należy przedstawić ocenę kosztów i uzyskać akceptację.
			- Wykonawca musi posiadać pełną dokumentację serwisową oraz schematy naprawcze aparatów
			- W przypadku wymaganej naprawy z częściami, Wykonawca winien dostarczyć części fabrycznie nowe, w oryginalnych, nieotwartych opakowaniach.

Przyjmuję do realizacji ……………………………………………

 Podpis Wykonawcy

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

**Dokument składany dopiero po wezwaniu przez Zamawiającego**

Załącznik nr 6

Wykaz usług

( odpowiadający wymogom SIWZ )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj Zamówienia- przedmiot | Nazwa odbiorcy | Wartośćzamówienia | Data wykonania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

**Dokument składany dopiero po wezwaniu przez Zamawiającego**

Załącznik nr 7

 **Wykaz osób**

( Odpowiadający wymogom SIWZ )

Nazwa wykonawcy .....................................................................................................................

Adres wykonawcy .......................................................................................................................

Dotyczy postępowania pn.:

Usługi serwisu rezonansu magnetycznego

Wykaz osób i podmiotów, które będą wykonywać zamówienie lub będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych | Opis posiadanego doświadczenia | Lata doświadczenia zawodowego w zakresie wymaganym specyfikacją | Proponowana funkcja w realizacji zamówienia | Dysponuje / będzie dysponował |
|  |  |  |  |  |  |  |

Do niniejszego zestawienia należy dołączyć:

- pisemne zobowiązania innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia, jeżeli w wykazie wykonawca wskazał osoby, którymi będzie dysponował.

Podpisano:

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

Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Sprawa nr 30/EZP/20

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Usługę serwisowania rezonansu magnetycznego”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z Wykonawcami uczestniczącymi w w/w postępowaniu

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

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

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

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

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*