Załącznik Nr 1

Pieczątka firmowa Wykonawcy

O F E R T A

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .....

….....

….....

Numer telefonu / faxu …….
Adres e-mail .....
Numer NIP i Regon …….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę **dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 15.01.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 503032-N-2020 oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

1.
   A. Oferuję wykonanie zamówienia
      - za cenę (netto) zł.
      - podatek VAT zł.
      - cena brutto zł.
      - Słownie brutto:.....
        ……...złotych

      wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – zał. Nr 2.
   B. w terminie: **do 150 dni kalendarzowych.**
   C. przy warunkach płatności …..... dni /wymagany termin płatności 60 dni, pożądany termin płatności 90 dni/
   D. okres gwarancji - …… miesięcy liczony od dnia podpisania protokołu odbioru (minimalny okres gwarancji - 60 miesięcy)
2. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zastały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że oferowana dostawa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
5. Oświadczam, że dostawa, demontaże i montaże oraz uruchomienia będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.

6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*
7. Wykonawca jest **małym */ średnim */ dużym* przedsiębiorstwem**

niepotrzebne wykreślić

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

.....

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

.....

8. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):
   - wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
   - wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ……

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to …… zł netto*.

* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:
- wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,
- importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.

9. Załączniki do oferty:
   (1) Załącznik nr 2 Formularz cenowy
   (2) Załącznik nr 3 Warunki gwarancji,
   (3) Załącznik nr 7 Opis przedmiotu zamówienia,

.....
Podpis i pieczątka upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy

.....
Miejscowość, data

Załącznik Nr 2

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

l.p.	Nazwa	Ilość	J. m.	Cena netto zł.	VAT %	VAT zł.	Cena brutto zł.
1.							
2.							
			Razem :				

.....
Podpis i pieczątka upoważnionego
Przedstawiciela Wykonawcy

Załącznik nr 3

Pieczątka firmowa Wykonawcy

Wykaz oferowanych okresów gwarancji, warunki gwarancji oraz szkolenie personelu obsługującego dwustopniowe urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ

Lp.	Czynności	Warunki graniczne	Potwierdzenie przyjęcia warunków
1.	Termin rozpoczęcia pełnej gwarancji (bezpłatna wymiana uszkodzonych części zamiennych, dojazdy/przejazdy inż. serwisowych, robocizna, przeglądy itp.)	Od momentu uruchomienia – podpisania protokołu odbioru	
2.	Okres pełnej gwarancji i rękojmi	≥ 60 miesięcy	
3.	Czas reakcji w godzinach „przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa" (w dni robocze)	≤ 12 godziny	
4.	Możliwość przyjmowania zgłoszeń 24h na dobę	Tak	
5.	Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia	≤ 1 dni roboczych	
6.	Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji	min. 2 razy w roku	
7.	Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji	3 dni	
8.	Naprawy i konserwacja sprzętu w okresie gwarancji będą odbywać się w miejscu jego eksploatacji. Jeżeli zaistnieje konieczność naprawy poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca odbierze uszkodzony element i dostarczy go do Zamawiającego po zakończonej naprawie na własny koszt i ryzyko.	Tak	
9.	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczającej 5 dni kalendarzowe	Tak	
10	Warunki wymiany podzespołów – liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowe (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)	Maksymalnie 3	
11.	Paszport techniczny	Tak	
12.	Przyczyny utraty prawa do gwarancji	Podać	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem .	Tak	

14.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację)	Podać	
15.	Szkolenie obsługi w siedzibie Zamawiającego w 3 turach w terminie uzgodnionym przez obie strony – podać dla jakiej ilu osób i w jakim wymiarze czasowym	Tak	

W zależności od rodzaju oferowanego sprzętu Wykonawca poda odpowiednio warunki gwarancji oraz okres gwarancji dla każdego z nich według poniższego wzoru :

Nazwa urządzenia: ……..

Producent (nazwa, kraj): …….

Rok produkcji: …….....

…….....……..
podpis i pieczątka upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy

Załącznik nr 4

Pieczątka firmowa Wykonawcy

Nazwa Wykonawcy …….....…….

Adres Wykonawcy …...…….....……..

….....

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 Nr SPSSZ/2/D/2020

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **dostawę dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ** oświadczam, co następuje:

1. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp

…….……. *(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 pkt. 1 i 8 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)

2. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu,
tj.: …….....…….……....
.....…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

……
(podpis)

3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

……. *(miejscowość),* dnia ……. r.

……
(podpis)

Załącznik nr 5

Pieczątka firmowa Wykonawcy

Nazwa Wykonawcy …….....…….

Adres Wykonawcy …….....……..

Numer telefonu / faxu …….....…….

Adres e-mail .....

Numer NIP i Regon …….....…….

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

Nr SPSSZ/2/D/2020

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **na dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ** oświadczam, co następuje:

1. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale IV .

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

……

(podpis)

2. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……..……....
..……..….
w następującym zakresie: ……..……
….....
.....
...……
(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

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

……

(podpis)

3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

……

(podpis

Załącznik nr 6

Pieczątka firmowa Wykonawcy

OŚWIADCZENIE
o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:
Na dostawę dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

Wykaz Wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty

L.p.	Wskazanie Wykonawcy

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między Wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

<u>UWAGA!</u>
Oświadczenie należy złożyć w <u>terminie 3 dni</u> od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty.

Załącznik nr 7

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Nazwa urządzenia: ……..

Producent (nazwa, kraj): …….

Rok produkcji: …….....

Parametry techniczne dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ

1. Dwustopniowe urządzenie odwróconej osmozy:	Warunki graniczne, Parametry oceniane	Potwierdzenie przyjęcia warunków
Dwustopniowe urządzenie odwróconej osmozy kompatybilne z uzdatnianiem wstępnym oraz linią dystrybucyjną, które obecnie znajdują się w Stacji Dializ	Tak	
Budowa modułowa. W przypadku zwiększenia ilości stanowisk poboru wody, możliwość zwiększenia wydajności osmozy, bez konieczności wymiany całego urządzenia. Urządzenia hydrauliczne zamknięte w estetycznej szczelnej obudowie.	Tak	
Zasilania elektryczne 380-415V/50Hz z rozdzielni UPS Szpitala i rozdzielnicy własnej oddziału	Tak	
W przypadku awarii jednego ze stopni osmozy, awaryjna, niezależna praca każdego stopnia urządzenia odwróconej osmozy oddzielnie, umożliwiająca prowadzenie dializ na wszystkich stanowiskach dializacyjnych	Tak	
Wydajność pozwalająca podłączyć 20 stanowisk aparatów HD	Tak	
Efektywność oczyszczania wody pitnej: suma rozpuszczonych substancji stałych > 95%, bakterie i endotoksyny > 99%	Tak	
Maksymalny pobór mocy prądu elektrycznego nie większy niż 10kW dla jednego stopnia RO. Nie większy niż 20 kW dla dwóch stopni RO.	Tak	
Maksymalny poziom głośności jednego modułu RO nie większy niż 75db	Tak	
2. Dezynfekcja termiczna membran oraz linii dystrybucyjnej		
Możliwość dezynfekcja RO jednocześnie z dezynfekcją pętli linii dystrybucyjnych.	Tak	
Urządzenie do dezynfekcji termicznej linii dystrybucyjnej, zawierający zbiornik o pojemności 330 L, niewymagający dodatkowych podgrzewaczy na linii dystrybucyjnej	Tak	
Możliwość zintegrowanego procesu dezynfekcji pętli. Dezynfekcja RO + linia dystrybucyjna + aparaty do dializy	Tak	
Maksymalny pobór mocy prądu elektrycznego nie większy niż 11kW dla urządzenia do dezynfekcji termicznej	Tak	
3. System sterująco – pomiarowy pozwalający:		
zaprogramować zgodnie z harmonogramem szpitala wszystkie wymagane działania, takie jak produkcja czystej wody i	Tak	

dezynfekcja termiczna urządzenia RO, a także dezynfekcja linii dystrybucyjnej. Po zaprogramowaniu działania wykonywane są automatycznie.		
pomiar przewodności wody wejściowej i wyjściowej	Tak	
pomiar przepływu wody wracającej do osmozy i pomiar przepływu wody wychodzącej z osmozy do linii dystrybucyjnej	Tak	
pomiar ciśnienia wody wracającej do osmozy i pomiar ciśnienia wody wychodzącej z osmozy do linii dystrybucyjnej	Tak	
pomiar temperatury wody na wyjściu z urządzenia (zbiornika)	Tak	
kontrola jakości wody z systemem alarmowym	Tak	
czujnik wycieku wody w urządzeniu RO	Tak	
czujnik wycieku wody w urządzeniu (zbiornik) produkującym gorącą wodę do dezynfekcji	Tak	
kontrola wycieku na linii dystrybucyjnej	Tak	
sygnalizacja świetlna i akustyczna poszczególnych trybów pracy	Tak	
panel kliniczny z kolorowym ekranem dotykowym, przedstawiający aktualny stan pracy osmozy, dezynfekcji oraz alarmy	Tak	
możliwość monitorowania pracy systemu RO przez Internet;	Tak	

Wykaz oferowanych okresów gwarancji, warunki gwarancji oraz szkolenie personelu obsługującego oferowane urządzenia

Lp.	Czynności	Warunki graniczne, Parametry oceniane	Potwierdzenie przyjęcia warunków
1.	Termin rozpoczęcia pełnej gwarancji (bezpłatna wymiana uszkodzonych części zamiennych, dojazdy/przejazdy inż. serwisowych, robocizna, przeglądy itp.)	Od momentu uruchomienia – podpisania protokołu odbioru	
2.	Okres pełnej gwarancji i rękojmi	60 miesięcy	
3.	Czas reakcji w godzinach „przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa" (w dni robocze)	do 12 godz. – 4 pkt. do 24 godz. – 2 pkt.	
4.	Możliwość przyjmowania zgłoszeń 24h na dobę, 365 dni w roku.	365 dni w roku. – 4 pkt. W dni robocze - 2 pkt.	
5.	Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia	≥ 2 dni – - 0 pkt. 1 dzień roboczy - 4 pkt	
6.	Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji (min. 2 raz w roku)	10 przeglądów – 4 pkt, 8 przeglądy – 2 pkt. 6 przeglądy – 0 pkt.	
7.	Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji	2 dni – 4 pkt. > 2 dni – 0 pkt.	
8.	Naprawy i konserwacja sprzętu w okresie gwarancji będą odbywać się w miejscu jego eksploatacji. Jeżeli zaistnieje konieczność naprawy poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca odbierze uszkodzony element i dostarczy go do Zamawiającego po zakończonej naprawie na własny koszt i ryzyko.	Tak	

9.	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczającej 3 dni kalendarzowe	Tak	
10	Warunki wymiany podzespołów – liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowe (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)	Maksymalnie 3	
11.	Paszport techniczny	Tak	
12.	Przyczyny utraty prawa do gwarancji	Podać	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem .	Tak	
14.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację)	Podać	
SERWIS POGWARANCYJNY			
1.	Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży – nie mniej niż przez 10 lat.	≥ 10 lat	
2.	Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach	Podać	
3.	Koszty obsługi serwisowej przez 8 godz. z dojazdem serwisu do Szpitala Zachodniego	Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty serwisowej	
	Jedna roboczogodzina 8		
	Dojazd do Szpitala Zachodniego, powrót (całkowity koszt)		
4.	Koszt przeglądu pogwarancyjnego (całkowity koszt)	Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty	
5.	Dostarczone urządzenie będzie mieć bezterminową tzw. otwarta platformę serwisową, która nie wymaga kodów i licencji serwisowych	Tak	
6.	Zamawiający ma prawo do swobodnego wyboru firmy serwisującej i dostarczającej części wymienne i eksploatacyjne	Tak	

Zakres prac po stronie Wykonawcy.

Zamawiający zakłada nieprzerwaną pracę Stacji Dializ w okresie instalacji nowego urządzenia odwróconej osmozy.

- Demontaż obecnej osmozy CWP100-WROROH i przeniesienie do sąsiadującego pomieszczenia, prace należy wykonać w czasie do 24h podczas przerwy pracy Stacji Dializ w dniach sobota-niedziela po uzgodnieniu terminu z Zamawiającym,
- Instalacja i uruchomienie obecnej osmozy w czasie nie dłuższym niż 24 h na okres potrzebny do instalacji i uruchomienia nowego urządzenia odwróconej osmozy,
- Przedstawienie założeń technicznych zasilania elektrycznego urządzeń RO do wykonania projektu elektroenergetycznego przez Zamawiającego,

- Przekazanie dokumentacji technicznej sprzętu i miejsca jego zabudowy, do uzgodnienia przez Szpital. Koncepcja musi uwzględniać istniejące wyposażenie technologiczne we wskazanych pomieszczeń, zgodnie z załączonym rzutem parteru.
- Uruchomienia obecnej osmozy CWP100- WROROH w pomieszczeniu sąsiednim po stronie dostawcy,
- Ostateczny demontaż starego CWP100-WROROH, po oddaniu do użytku nowego urządzenia odwróconej osmozy.
- Utylizacja starego urządzenia CWP100 na koszt wykonawcy.
- Wykonawca uporządkuje teren po pracach montażowych oraz robotach instalacyjnych po zakończeniu prac. Usunie opakowania z terenu Szpitala.
- Wykonawca zobowiązany jest realizować roboty montażowe w sposób umożliwiający funkcjonowanie Szpitala i Stacji Dializ oraz utrzymać porządek na terenie prac i dróg transportowych.
- Wykonawca odpowiedzialny jest za przestrzeganie obowiązujących przepisów bhp, ze szczególnym zwróceniem uwagi na przepisy p.poż. oraz powinien zapewnić ochronę własności publicznej i prywatnej.
- Wykonawca jest odpowiedzialny za szkody w instalacjach, urządzeniach i strukturze budowlanej spowodowane w trakcie wykonywania robót montażowych i transportowych.

Wymagania Zamawiającego.

- Wykonawca musi posiadać wszelkie niezbędne uprawnienia, szkolenia i certyfikaty do wykonania prac zarówno z nowym typem osmozy jak i z obecnie funkcjonującym CWP100 - ROROH
- Nowe urządzenie do odwróconej osmozy musi być kompatybilne z uzdatnianiem wstępnym oraz linią dystrybucyjną, które obecnie znajdują się w Stacji Dializ.
- Termin realizacji po podpisaniu umowy nie dłużej niż 5 miesięcy, tj. 150 dni roboczych.
- Przełączenie nowej osmozy nastąpi po dezynfekcji i wykonaniu badań wody oraz otrzymaniu wyników badania dopuszczających jakość wody uzdatnionej do dializ pod względem bakteriologicznym w tym endotoksyny i fizykochemicznym zgodnie z wymogami wg Farmakopei Polskiej wyd. IX.
- Po stronie Wykonawcy jest ostateczny demontaż starego typu osmozy.
- Szkolenie personelu (lekarskiego, pielęgniarskiego, działu technicznego i aparatury medycznej) z zakresu obsługi nowego urządzenia odwróconej osmozy.

……..
podpis i pieczątka upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy

WZÓR PROTOKOŁU ODBIORU

Załącznik nr 9

- **PROTOKÓŁ ODBIORU**

do umowy ……. z dnia ……..……

Przedmiot umowy**:**

……..……..

- **Ilość: ……**
- **Typ: ……**
- **Numer fabryczny urządzenia:…….**

Zamawiający: **Wykonawca:**

…….. **…….**

…….. **……..……...…..…**

……. **…….**

Użytkownik……

Umowny termin wykonania przedmiotu umowy: **……...……..**

Faktyczny termin wykonania przedmiotu umowy: **……..…..**

Całkowita wartość wynosi brutto: **……..…….……. PLN**

Gwarancja: ……. od dnia odbioru urządzenia tj. do ……..……

Po okresie gwarancyjnym Wykonawca zgodnie z umową zapewni odpłatny serwis pogwarancyjny nie krócej niż przez okres 10 lat licząc od upływu terminu gwarancji.

Przekazane przez Wykonawcę dokumenty:

……..……

W/w dokumenty pozostają w posiadaniu:

…….....

Przedstawiciel Wykonawcy przeszkolił:

- W zakresie eksploatacji i obsługi przedmiotu dostawy personel Zamawiającego:

  ……..……

  ……

Niniejszy protokół potwierdza, że dostarczony przedmiot umowy:

- jest/ nie jest* kompletny,

- sprawny technicznie / niesprawny technicznie *,

Do w/w przedmiotu umowy Zamawiający/ użytkownik* nie wnosi zastrzeżeń/ wnosi zastrzeżenia**.**

Potwierdza/ nie potwierdza należyte wykonanie przedmiotu umowy.

Protokół odbioru z dnia: ……..

Uwagi:

……
……
……

Załączniki:

……
……
……

*) niepotrzebne skreślić

ZAMAWIAJĄCY: **WYKONAWCA:**