Załącznik Nr 1

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**OFERTA**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .............................................................................................................................................................................

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

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………..…………………

**Adres e-mail** .........................................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………..…………………………………………………………

**Adres szkrzynki ePUAP Wykonawcy ………………………………………...……………………..**

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 **zakup, dostawę, instalację, uruchomienie zrobotyzowanej stacji nawigacyjnej do chirurgii kręgosłupa** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim

opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu **09.10.2020** r. pod nr **2020/S 197-474593** oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* 1. Oferuję wykonanie zamówienia (pozycja nr 1 – Formularza cenowego stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ)
* za cenę (netto)................................. zł.
* podatek VAT ................................... zł.
* cena brutto ................................... zł.

w tym koszt finansowania płatności ratalnej\* ………………...…… zł. podatek VAT – zw.

Słownie brutto: ...........................................................................................................złotych

\* *Zamawiający dopuszcza zgodnie z wyborem Wykonawcy dokonanie podziału jedynie kosztu o którym mowa w wierszu nr 1 lub w rozbiciu na wiersze nr 1 i 2, przy czym w wierszu RAZEM podaje odpowiednio zgodnie z wyborem koszt będący wartością z wiersza nr 1 lub 1 i 2 zgodnie z wyborem Wykonawcy, Zamawiający w kryterium cena weźmie pod uwagę wartość podaną w wierszu RAZEM*

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – **załącznik Nr 2**

* 1. w terminie: **2 tygodni** od daty podpisania umowy,
  2. przy warunkach płatności: pierwsza rata w wysokości do 5% ceny brutto wynagrodzenia była płatna do 31.07.2021 r, z wymaganym terminem płatności ........ dni (wymagany termin płatności minimum: **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni), a kolejne cztery raty brutto w następujących terminach: do 31.07.2022r., 31.07.2023r., 31.07.2024r., i 31.07.2025r. z wymaganym terminem płatności ........ dni (wymagany termin płatności minimum: **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni) w IV kwartale w latach: 2022; 2023; 2024 i 2025,

1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczamy, że usługę świadczenia serwisu pogwarancyjnego w przypadku wybrania naszej oferty będziemy świadczyć na zasadach i kosztach określonych w załączniku nr 5. W przypadku zmiany przepisów prawa podatkowego w okresie świadczenia usługi serwisu pogwarancyjnego po zakończeniu okresu gwarancyjnego wynikającego z zawartej umowy, w szczególności zmiany stawek podatku VAT, od dnia obowiązywania nowej stawki do cen netto objętych umową na świadczenie serwisu pogwarancyjnego doliczany będzie podatek VAT według zmienionej stawki oraz zwaloryzowana zostanie wartość umowy na świadczenie serwisu gwarancyjnego zgodnie ze wskaźnikiem waloryzacji podanym dla usług, zgodnie z wartościami podanymi przez GUS w latach obowiązywania umowy.
3. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zostały 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 oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz posiada aktualne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktów w Polsce zgodnie z dyrektywami unijnymi i ustawodawstwem polskim tj. deklaracje zgodności, certyfikat CE oraz spełnia wymogi ustawy o wyrobach medycznych
5. Oświadczamy, że posiadamy opisy techniczne, foldery/ulotki, fotografie, dane katalogowe jednoznacznie potwierdzające parametry techniczno-użytkowe oferowanego przedmiotu zamówienia i zobowiązujemy się dostarczyć je Zamawiającemu wraz z ofertą.
6. Oświadczamy, że przekażemy Zamawiającemu na etapie badania i oceny ofert wszystkie dokumenty dopuszczające do obrotu oraz inne dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
7. Wadium w kwocie 70 000,00 złotych zostało wniesione w dniu …………w formie …………………………………………………………………………………………………….

Nr konta , na które należy zwrócić wadium : ………………………………………………

1. Imię, nazwisko i stanowisko osoby/ób upoważnionej/ych do podpisania umowy:

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

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:

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

1. Wykonawca jest **małym \*/średnim \*/ dużym \*/ przedsiębiorstwem**

*\*niepotrzebne wykreślić*

1. 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.*

1. Załączniki do oferty:
2. ..................................................................................................................................................
3. ………………………………………………………………………………………………..
4. ………………………………………………………………………………………………..

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

***Uwaga; Pola wykropkowane proszę wypełnić czytelnie***

###### Załącznik Nr 2

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Nazwa produktu zamówienia | Ilość | J. m. | Cena jednostkowa netto zł. | Wartość  netto zł. | VAT% | VAT  zł. | Cena jednostkowa brutto zł. | Wartość brutto zł. |
| 1. | Zrobotyzowana stacja nawigacyjna do chirurgii kręgosłupa a | 1 | kpl. |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Koszt finansowania płatności ratalnej\* | 1 | usługa |  | zw. | zw. |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | Nazwa usługi | Zgodnie z zał.  nr 5 | Okres | Cena jednostkowa netto zł. | Wartość  netto zł. | VAT% | VAT  zł. | Cena jednostkowa brutto zł.. | Wartość brutto zł. |
| 1. | Serwis pogwarancyjny przez okres 12 miesięcy (nie podlega ocenie w kryteriach oceny) | 12  m-cy |  |  |  |  |  |  |

*Uwaga:*

\* *Zamawiający dopuszcza zgodnie z wyborem Wykonawcy dokonanie podziału jedynie kosztu o którym mowa w wierszu nr 1 lub w rozbiciu na wiersze nr 1 i 2, przy czym w wierszu RAZEM podaje odpowiednio zgodnie z wyborem koszt będący wartością z wiersza nr 1 lub 1 i 2 zgodnie z wyborem Wykonawcy, Zamawiający w kryterium cena weźmie pod uwagę wartość podaną w wierszu RAZEM*

*Nabywca wymaga, aby cena obejmowała wszystkie koszty, związane z realizacją zamówienia, t.j.*

* *koszt transportu / dostawy/ i ubezpieczenia do Zamawiającego,*
* *koszt wszelkich załadunków i rozładunków w miejscu wskazanym przez Zamawiającego,*
* *koszty dostawy, montażu i uruchomienia,*
* *koszty szkolenia personelu Zamawiającego w miejscu odbioru*
* *koszt cła i podatku granicznego, jeśli takie wystąpią,*
* *koszty uzyskania wymaganych zgód i dopuszczeni do eksploatacji i użytkowania,*
* *koszt wszystkich funkcjonalności oferowanego urządzenia bez konieczności ponoszenia dodatkowych opłat.*

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

Załącznik nr 3

|  |
| --- |
|  |

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:

**Zakup, dostawa, instalacja, uruchomienie zrobotyzowanej stacji nawigacyjnej do chirurgii kręgosłupa.**

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.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

**UWAGA!**

**Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty**

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zrobotyzowana stacja nawigacyjna do chirurgii kręgosłupa.**

**Nazwa i typ:** .............................................................

**Producent / kraj produkcji:** ........................................................

**Rok produkcji** (min. 2020): …..............

**Klasa wyrobu medycznego:** ..................

**Zrobotyzowana Stacja Nawigacyjna do Chirurgii Kręgosłupa powinna składać się z odpowiednich narzędzi i umożliwiać:**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2020), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

**Warunki techniczne: *(kryterium 30 pkt.)***

| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Ocena pkt.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nawigacja chirurgiczna śrub przeznasadowych i klatek międzytrzonowych w czasie rzeczywistym w technice tradycyjnej (z wolnej ręki) - możliwość pracy autonomicznej – bez funkcji robota | podać |  | tak – 10%  nie – 0% |
|  | nawigacja chirurgiczna śrub przeznasadowych i przy zastosowaniu ramienia robotycznego | tak |  |  |
|  | funkcja umożliwiająca zmianę techniki nawigowania narzędzi i implantów podczas zabiegu operacyjnego z techniki z wolnej ręki na nawigowanie wspomagane ramieniem robotycznym opierając się na uprzednio zdefiniowanym pod samą nawigację w planie (dla odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa) | podać |  | tak – 10%  nie – 0% |
|  | wykonywanie operacji kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowego oraz kości krzyżowej przy użyciu systemu implantów zdefiniowanych w systemie oraz przy użyciu ramienia robotycznego | tak |  |  |
|  | konstrukcja ramienia robota nie wymagająca/wymagająca montażu do elementów stołu operacyjnego | podać |  | tak – 0%  nie – 10% |
|  | konstrukcja ramienia robota nie wymagająca/wymagająca fiksacji do anatomii pacjenta | podać |  | nie wymagająca – 10%  wymagająca – 0% |
|  | tryb pracy w oparciu o obrazowanie TK przedoperacyjne | tak |  |  |
|  | tryb pracy w oparciu o obrazowanie TK/ CBCT / 3D śródoperacyjne | tak |  |  |
|  | tryb pracy w oparciu wyłącznie o 2 zdjęcia 2D z ramienia C bez potrzeby łączenia zdjęć 2D z ramienia C z obrazowaniem TK przedoperacyjnym lub śródoperacyjnym TK/CBCT/3D | tak |  |  |
|  | kompatybilność urządzenia z dowolnie wybranym aparatem śródoperacyjnym 3D (m.in. Ziehm RFD3D, Siemens ZEEGO, Siemens Artis Pheno, Stryker Airo TruCT, Medtronic Oarm), | tak |  |  |
|  | w zestawie urządzenie mobilne (tablet) pozwalające na zarządzanie Zrobotyzowaną Stacją Nawigacyjną podczas zabiegu operacyjnego | tak |  |  |
|  | nawigacja i implantacja śrub przeznasadowych bez konieczności stosowania drutów Kirschnera, przy użyciu ramienia robotycznego – min 6 różnych systemów śrubowych do stabilizacji kręgosłupa oraz co najmniej 25 typów śrub do stabilizacji odcinka szyjnego, piersiowego, lędźwiowego oraz krzyżowo-biodrowego zdefiniowanych w oprogramowaniu nawigacji robotycznej | tak |  |  |
|  | narzędzia operacyjne dostarczone z zestawem, kompatybilne w trybie nawigacji tradycyjnej (z wolnej ręki) oraz przy zastosowaniu zrobotyzowanego ramienia, | podać |  | tak – 10%  nie – 0% |
|  | w technice z użyciem zrobotyzowanego ramienia, wszystkie narzędzia prowadzone przez końcówkę roboczą, bez konieczności korzystania z drutów Kirschnera | tak |  |  |
|  | dostępna nawigowalna, bezprzewodowa/przewodowa wiertarka umożliwiająca przełożenie na końcówkę roboczą prędkości obrotowej co najmniej 27 000 obrotów na minutę, możliwa do zastosowania w technice tradycyjnej (z wolnej ręki) oraz przy zastosowaniu końcówki roboczej zrobotyzowanego ramienia, | podać |  | przewodowy: 0%  bezprzewodowy: 10% |
|  | możliwość pracy urządzenia z zestawem kaniulowanych śrub przeznasadowych, przezskórnych lub tradycyjnych dowolnie wybranego producenta poprzez wprowadzanie implantów po drucie Kirschnera | podać |  | tak – 10%  nie (podać producenta) – 0% |
|  | kompatybilne systemy ( typ/ model ) implantów predefiniowane w systemie operacyjnym umożliwiające wykonanie zabiegu bez konieczności użycia drutów Kirchnera: | podać  (typ/model) |  | do i 10 systemów: 0%  powyżej 10 systemów: 10% |
|  | prowadzenie końcówki roboczej do zadanego położenia realizowane za pomocą przełącznika nożnego lub za pomocą dedykowanego przełącznika na ramieniu robotycznym | tak |  |  |
|  | możliwość pracy przy zasilaniu bateryjnym z możliwością wyboru rodzaju zasilania ze wskazaniem stanu naładowania baterii i pracy wyłącznie na zasilaniu bateryjnym widoczney na panelu konsoli głównej | podać |  | tak – 10%t,  nie – 0% |
|  | końcówka robocza urządzenia zasilana bezprzewodowo, wyposażona w aktywne diody LED dla zwiększenia dokładności pozycjonowania w przestrzeni, o konstrukcji pozwalającej na jej sterylizację, | tak |  |  |
|  | końcówka robocza wyposażona w awaryjne narzędzie pasywne zastępujące aktywne | tak |  |  |
|  | technologia robotyczna wspierana nawigacją | podać |  | robotyczne ramie + nawigacja – 10%,  tylko nawigacja – 5%,  tylko robotyczne ramie (bez nawigacyjnej ramki referencyjnej) – 1% |
|  | System zabudowy: | podać |  | zabudowa niezależna od stołu i mobilna – 10%,  montowany do stołu –  0%. |
|  | urządzenie wyposażone w automatyczne stabilizatory i automatyczne poziomowanie na podłodze, w trybie pracy zapewniające brak konieczności montażu urządzenia do elementów wyposażenia Sali operacyjnej. | tak |  |  |
|  | automatyczne stabilizatory urządzenia z funkcją awaryjnego manualnego sterowania | tak |  |  |
|  | ramię robotyczne pozwalające na nie zmienione utrzymanie zadanej trajektorii przy przyłożeniu siły do ……kg do ramienia robotycznego | podać |  | do i 50kg – 10%  powyżej 50 kg – 0% |
|  | zintegrowany monitor dotykowy o przekątnej co najmniej 21 cali, pozwalający na planowanie zabiegu operacyjnego przed zabiegiem jak i pracę i planowanie w trybie sterylnym w trakcie zabiegu | podać |  | średnicy ekranu:  < 15” - 0%  Od i 15” do i 20” - 5%  pow. 20” - 10% |
|  | możliwość podłączenia urządzenia do monitorów zewnętrznych za pomocą przewodu HDMI, | podać |  | tak – 10%  nie 0% |
|  | oprogramowanie sygnalizujące w czasie rzeczywistym zmianę położenia pacjenta, pozwalające na korektę położenia końcówki roboczej ramienia robotycznego | tak |  |  |
|  | końcówka robocza wyposażona w czujnik wykrywający nadmierną siłę wywieraną na narzędzie co zapewnia utrzymanie zaplanowanej trajektorii narzędzia | tak |  |  |
|  | system bezpieczeństwa wykrywający narzędzie w końcówce roboczej, co powoduje zablokowanie ruchu ramienia robotycznego w kierunku innym od zadanej trajektorii System blokuje ruch ramienia nawet w sytuacji przypadkowego wywołania ruchu przez system kontroli i planowania na monitorze urządzenia. | tak |  |  |
|  | technologia monitorowania pozycji pacjenta w czasie rzeczywistym pozwalająca, w przypadku wykrycia zmiany pozycji , na korektę położenia końcówki roboczej ramienia robotycznego do zaplanowanej trajektorii względem nowej pozycji pacjenta bez konieczności wykonywania dodatkowych zdjęć rentgenowskich | tak |  |  |
|  | urządzenie możliwe do wprowadzenia do pola operacyjnego oraz wyprowadzenia z pola operacyjnego podczas trwającej operacji, bez konieczności dekontaminacji pola operacyjnego i obłożenia pacjenta, | tak |  |  |
|  | możliwości rozbudowy systemu nawigacji robotycznej o oprogramowanie do chirurgii głowy oraz oprogramowanie do implantowania klatek miedzytrzonowych typu PLIF/TLIF/XLIF | tak |  |  |
|  | **PRZYKŁADOWY ZESTAW STARTOWY DO CHIRURGII KRĘGOSŁUPA, PODAĆ OBSZAR I SPIS ELEMENTÓW.** | | | | |
|  | 1. zestaw narzędzi nawigacyjnych x 1 2. pudełko sterylizacyjne końcówki roboczej x 1 3. ramka referencyjna CT śródoperacyjnego x 1 4. uchwyt ramki referencyjnej CT śródoperacyjnego x 1 5. zestaw narzędzi śrub przez nasadowych w technice tradycyjnej x 1 6. zestaw narzędzi śrub przeznasadowych w technice MIS x 1 7. zestaw nawigowalnej wiertarki szybkoobrotowej x 1 (bezprzewodowej lub przewodowej) 8. zestaw baterii do wiertarki szybkoobrotowej wraz z ładowarką x 1 9. markery pasywne zestaw 60 sztuk na opakowanie x 1 10. markery pasywne, zestaw 30 sztuk na opakowanie x 1 11. obłożenie sterylne urządzenia głównego x 1 12. obłożenie sterylne monitora urządzenia głównego x 1 13. wiertło wiertarki szybkoobrotowej 2.5mm x 1 14. wiertło wiertarki szybkoobrotowej 3.5mm x 1 15. wiertło wiertarki szybkoobrotowej 4.5mm x 1 16. zrobotyzowana stacja nawigacyjna do chirurgii kręgosłupa x 1 17. tablet do planowania przedoperacyjnego x 1 18. ramka referencyjna ramienia C x 1 19. końcówka robocza x 2 | podać dla narzędzia wraz z elementami wyposażenia a także ilościami elementów wchodzące w skład zestawów dla: kręgosłupa, szyi,  głowy |  | za każdy zaakceptowany przez Zamawiającego zestaw przyznane zostanie 10%. |
|  | **ELEMENTY DODATKOWE** | | | | |
|  | rozbudowę urządzenia o dodatkowe aplikacje, np. do chirurgii głowy i wykorzystywanie istniejącej technologii robotycznej do zabiegów kranialnych | tak,  podać typ |  | tak – 10%  nie - 0% |
|  | **SZKOLENIE** | | | | |
|  | Szkolenie podstawowe obsługowe podczas uruchomienia aparatu w miejscu instalacji, w wymiarze minimum 3 dni roboczych, które warunkuje podpisanie Protokołu dbioru dającego podstawę do wystawienia faktury oraz w razie potrzeby na zgłoszenie Zamawiającego rozszerzone dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia ( max. 3 zespoły chirurgiczne z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w czasie trwania okresu gwarancyjnego w terminie/terminach uzgodnionym z Zamawiającym oraz zapewnienie stałego wsparcia aplikacyjnego w czasie trwania okresu gwarancyjnego (dodatkowe szkolenie obsługowe, konsultacje, itp.), zgodnie z zaleceniami producenta i instrukcji obsługi. Program szkolenia wymaga zatwierdzenia przez Zamawiającego. Szkolenia winny zostać udokumentowane przed upływem gwarancji | tak  załączyć opis |  |  |
|  | **DOKUMENTACJA** | | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim przekazana przy dostawie urządzenia | tak |  |  |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | tak |  |  |
|  | Z urządzeniem Wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie) | tak |  |  |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | tak |  |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez Wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. | tak |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GWARANCJA *(kryterium 15 pkt.)*** | | | | |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Warunki oferowane** | **Ocena pkt.** |
| 1 | Okres pełnej, bez jakichkolwiek wyłączeń gwarancji na system robota chirurgicznego [liczba miesięcy].  Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji.  UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. | >= 24 miesięcy |  | 24 miesiące – 0 pkt.  36 miesięcy – 5 pkt.  48 miesięcy – 10 pkt.  60 miesięcy – 15 pkt. |
| 2 | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 24 [godz.] (dot. dni roboczych) | tak |  |  |
| 3 | Gotowość do przyjmowania zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok telefonicznie lub mailowo ( w przypadku zgłoszenia telefonicznego należy je potwierdzić mailowo) | tak |  |  |
| 4 | Zakończenie działań gwarancyjnych – do 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | tak |  |  |
| 5 | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 5 lat od zakończenia okresu gwarancji (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – zakłada się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego w chwili zakupu po okresie gwarancji na robota ) | tak |  |  |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu tak.  Uwaga. W przypadku dostawy urządzenia przez producenta do warunków gwarancji należy dołączyć wymagany zakres (z podaniem czynności serwisowych i zakresów badań, sprawdzeń i kalibracji – jeżeli dotyczy) i częstotliwość przeglądów jakie użytkownik powinien wykonywać w okresie pogwarancyjnym. | tak |  |  |
| 7 | Czynności serwisowe w okresie gwarancji prowadzone będą po uzyskaniu zgody Zamawiającego na co najmniej 3 dni robocze przed planowanymi działaniami. |  |  |  |

**Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem**.

UWAGA:

Zamawiający wymaga**,** aby Wykonawca dołączył do oferty O*pis przedmiotu zamówienia***,** w szczególności np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / prospekty / informacje producenta/ oświadczenie Wykonawcy, potwierdzające spełnienie wszystkich opisanych przez Zamawiającego parametrów technicznych i wymagańokreślonych w *tabeli parametrów technicznych* stanowiących Załącznik Nr 4 do SIWZ,z zaznaczeniem pozycji której dotyczą. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. Dokumenty winny być złożone w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem;

**Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne), stanowi treść oferty (uwzględnia m.in. elementy oceniane). Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.**

…………………………., dnia ………………… ……………..…………………………………………………….

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 5 do SIWZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SERWIS POGWARANCJNY – wymóg ofertowy, nie podlega ocenie kryterialnej** | **Cena w PLN** |
| **Lp** | **Opis wymaganego świadczenia** | 12 miesięcy |
| 1 | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu (uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie Wykonawcy) |  |
| 2 | Przeglądy okresowe (wg częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta, w formie wykazu czynności, zakresu i czasookresów ich przeprowadzania z podaniem wartości granicznych dopuszczających dalszą eksploatację urządzenia) – Wybrany Wykonawca przedstawi w formie załącznika do umowy przed jej podpisaniem. |  |
| 3 | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 24 [godz.] (dot. dni roboczych) |  |
| 4 | Przyjmowanie zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok telefonicznie lub mailowo ( w przypadku zgłoszenia telefonicznego należy je potwierdzić mailowo) |  |
| 5 | Zakończenie działań serwisowych – do 3 dni roboczych w przypadku działań planowych i od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. |  |
|  | |  |

…………………………., dnia ………………… …………………………………..……………………………….

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik Nr 1 do umowy powierzenia

**Oświadczenie**

Działając w imieniu …………………… ul. …………………, 00-000 ………, zarejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym, Rejestr Przedsiębiorców prowadzony przez Sąd Rejonowy dla ……………… w ………………., …….. Wydział Gospodarczy, pod numerami KRS ………………., Nr NIP ………….., Nr Regon …………….,

reprezentowaną przez:

Panią/na ……………………… – ……………………………………..

zwanym dalej „**Przetwarzającym**”,

w związku z podjętym w dniu ……………….. 2020r. przetargiem na **zakup,** **dostawę, instalację, uruchomienie zrobotyzowanej stacji nawigacyjnej do chirurgii kręgosłupa** i procedurą wyboru kontrahenta niniejszym potwierdzam wdrożenie w ww. podmiocie odpowiednich środków technicznych, organizacyjnych i prawnych gwarantujących, by przetwarzanie spełniało wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

**Wdrożono następujące środki techniczne, organizacyjne i prawne:** *podano przykładowe propozycje zapsów*

|  |
| --- |
| *np. zdolności do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania* |
| *np. zdolności do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego* |
| *np. przyjętej u potencjalnego kontrahenta polityki bezpieczeństwa danych osobowych i instrukcji bezpieczeństwa systemów informatycznych, w szczególności w zakresie ich przejrzystości oraz zgodności z obowiązującym prawem.* |
| *np. regularnego testowania, mierzenia i oceniania skuteczności środków technicznych i organizacyjnych;* |

………………………………………………………...

miejscowość i data

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

imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej Kontrahent