	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań	F16b - ZP	
		Wydanie 3	Strona 1 z 2
Formularz oferty			

Oznaczenie sprawy: PN -29/25

Załącznik nr 2 do SWZ

Dane Wykonawcy:

Nazwa: (W przypadku Konsorcjum należy wskazać Lidera i członka/ członków Konsorcjum)
 EM-MED sp. z o.o.
 Siedziba: ul. Przygraniczna 40 32-085 Modlnica
 województwo: małopolskie
 Adres poczty elektronicznej: biuro@emmed.pl
 Numer telefonu: 12 2927860
 Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: KRS 0000187788
 KRS/CEIDG można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem:
<https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>
 Nr REGON: 003912061
 Nr NIP: 6760056647
 Numer konta Wykonawcy: 26 1750 1048 0000 0000 4118 6011
 Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP:
 Jako Wykonawca jestem
☒ **mikroprzedsiębiorstwem**
☐ ~~małym~~
☐ ~~średnim~~
☐ ~~dużym* przedsiębiorstwem.~~

Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003, str. 36):
 mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;
 małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;
 średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Zamawiający: **Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań.**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę aparatury medycznej wraz z montażem i szkoleniem (PN-29/25)** składam ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

Część nr 5*


Zakres	Ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT * [%]	Cena jednostkowa brutto [3x4]	Wartość netto [2x3]	Wartość brutto [2x5]
1	2	3	4	5	6	7
Cieplarka	1	20 805,00	8%	22 469,40	20 805,00	22 469,40
Montaż/instalacja	1	0,00	8%	0,00	0,00	0,00
Szkolenie	1	0,00	8%	0,00	0,00	0,00
RAZEM:					20 805,00	22 469,40

Wykonawca jest zobowiązany wycenić każdy element składowy zamówienia (tj. urządzenie wraz z dostawą, montaż/instalację/aplikację oraz szkolenie) tj. wypełnić wszystkie pola tabeli dla części na które składa ofertę.

UWAGA!

Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dostawę należy traktować jako jednolitą i niepodzielną dla której stosuje się jedną stawkę podatku VAT. Rozkład na poszczególne elementy miałby charakter sztuczny.

3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres **90 dni** od upływu terminu składania ofert.
4. Składając niniejszą ofertę oświadczam, że wybór oferty **będzie/nie będzie*** prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego w zakresie:

	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	F16b - ZP	
		Wydanie 3	Strona 2 z 2
Formularz oferty			

(jeżeli dotyczy wskazać zakres zamówienia oraz wartość bez podatku od towaru i usług-netto)

5. Oferujemy wykonanie zamówienia na następujących zasadach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
6. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym szczególności dotyczące postanowień umowy i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Wykonawca składa oświadczenie (jeżeli dotyczy).


W celu zapewnienia, że wykonawca wypełnił obowiązki wynikające z RODO, w szczególności obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 RODO względem osób fizycznych, których dane osobowe dotyczą i od których dane te wykonawca bezpośrednio pozyskał Wykonawca zobowiązany jest do złożenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczenia o wypełnieniu przez niego obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO o następującej treści:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu chyba, że ma zastosowanie co najmniej jedno z włączyń, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.

Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.).

Podpis kwalifikowany

* - zaznaczyć właściwe/niepotrzebne skreślić


	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	F16-ZP	
		Wydanie 3	Strona 1 z 33
Opis przedmiotu zamówienia			

Załącznik nr 1 do SWZ

Oznaczenie sprawy: PN-29/25

CZĘŚĆ NR 5
CIEPLARKA – 1 szt.

Producent, typ (model)		EM-MED Sp. Z o.o. sp. k. EmTherm 2D	
Rok produkcji (nie wcześniej niż 2024) nowy, nieużywany, niedemonstracyjny		2025	
Cena jednostkowa (jeśli poszczególne moduły nie obejmują całego zamówienia, opisać)		22 469,40 zł	
Gwarancja minimum 24 miesiące		24 miesiące	
Zakres przetwarzania danych osobowych przez urządzenia		Urządzenie nie przetwarza danych osobowych	
Termin dostawy nie później niż do 30.06.2025 r.		Tak	
LP.	Opis wymagania	Wartość wymagana	Wartość deklarowana
CIEPLARKA – 1 szt.			
1	Instrukcja papierowa i elektroniczna w języku polskim.	Tak	Tak
2	Szkolenie personelu z zakresu użytkowania.	Tak	Tak
3	Szkolenie personelu z zakresu utrzymania technicznego (prawidłowa eksploatacja, czyszczenie, czynności serwisowe niewymagające specjalistycznych urządzeń pomiarowych i oprogramowania).	Tak	Tak
4	Zapewnienie pełnego wsparcia technicznego na czas gwarancji, w tym przeglądy jeśli są wymagane.	Tak, jaka częstotliwość przeglądów	Tak, co 12 miesięcy
5	Jeśli wymagane przeglądy, wskazanie pełnego wykazu czynności serwisowych przewidzianych dla okresu 10 lat wraz ze wskazaniem wymiany części eksploatacyjnych.	Tak	Tak
6	Certyfikat CE i noty zgodności pozwalające na pracę w UE.	Tak	Tak
7	Wykaz wszystkich części zamiennych, akcesoriów jedno- i wielorazowych koniecznych do wymiany okresowej przewidzianych przez producenta i określonych jako eksploatacyjne wraz ze wskazaniem okresu używalności poszczególnych elementów. Dokument w osobnym pliku ze wskazaniem numerów REF.	Tak	Tak
8	Pojemność komory min. 40L	TAK	Tak
9	Podgrzewanie płynów w temp. min 30 do 60 stopni	Tak	Tak
10	Możliwość pracy ciągłej	TAK	Tak
11	Wbudowany wyświetlacz temperatury oraz czasu ogrzewania	TAK	Tak
12	Możliwość regulacji temperatury co 0,1 stopnia Celsjusza	TAK – 2 pkt Nie – 0 pkt	Nie
13	Aparat wyposażony w wizualne i cyfrowe alarmy na wypadek: - przegrania lub niedogrzenia płynu w stosunku do zadanej temperatury - uszkodzenia elementów ogrzewających komorę lub jej oświetlenia - uszkodzenia pojemnika z płynem	TAK – 2 pkt Nie – 0 pkt	Nie

	GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO		F16-ZP	
	UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU		Wydanie 3	Strona 2 z 33
	<i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>			
Opis przedmiotu zamówienia				

14	Maksymalne wymiary zew.: 750 x 500 x 500mm	TAK	Tak, Dopuszczone odpowiedzią nr 5 dotyczącą cieplarki medycznej w 260 wyjaśnienie treści SWZ
15	Wyposażenie w minimum dwie półki	TAK – 2 pkt Nie – 0 pkt	Nie

EmTherm®



DEZYNFEKCJA
UV-C



CIEPLARKI
OGRZEWANIE
PŁYNÓW I TKANIN

OGRZEWANIE PŁYNÓW WE WSZYSTKICH SYTUACJACH KLINICZNYCH

Wiele badań klinicznych wskazuje na korzyści wynikające z ogrzania płynów infuzyjnych przed podaniem ich pacjentowi. Wystąpienie nawet lekkiej hipotermii u pacjentów zwiększa ryzyko powikłań infekcyjnych, wydłuża czas hospitalizacji i zwiększa ilość przyjmowanych preparatów. Brak utrzymania normotermii u pacjenta to nie tylko pogorszenie stanu pacjentów, ale także zwiększone koszty finansowe ponoszone przez szpital.

Wytyczne podkreślają znaczenie ogrzewania płynów infuzyjnych podawanych dożylnie, będących częścią procesu zapobiegania hipotermii.

Medyczne ciepłarki EmTherm® przeznaczone są do ogrzewania:

- płynów infuzyjnych
- płynów irygacyjnych
- środków kontrastowych
- płynów do dializy otrzewnowej
- tekstyliów
- akcesoriów medycznych

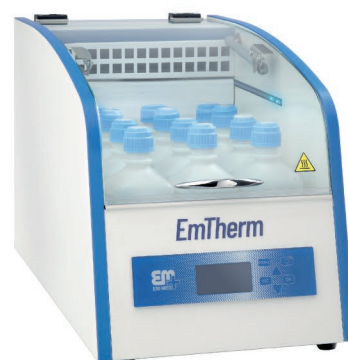
EmTherm® 1D

(pojemność 30 l) 

Stacjonarne, nabladowe urządzenie o kompaktowej budowie, która umożliwia wygodne stosowanie nawet na najbardziej zatłoczonych oddziałach. Dzięki przezroczystej szklanej pokrywie użytkownik bez wysiłku kontroluje stan uzupełnienia wsadu.

ORIENTACYJNA POJEMNOŚĆ:

12 butelek 1000 ml
lub 24 butelki 500 ml
lub 2 worki 5000 ml
lub 3 worki 3000 ml



EmTherm® 2D

(pojemność 60 l)

Mobilny, średniej wielkości system. Zabezpieczenie przed jednoczesnym otwarciem obu szuflad oraz antystatyczne kółka z blokadą zapewniają funkcjonalną i stabilną konstrukcję. Szuflady można łatwo zdemontować w celu dezynfekcji.

ORIENTACYJNA POJEMNOŚĆ:

24 butelki 1000 ml
lub 40 butelek 500 ml
lub 4 worki 5000 ml
lub 6 worków 3000 ml

AKCESORIA:

Półka do położenia dodatkowego worka z płynem irygacyjnym dla lepszego ogrzewania.



EmTherm® 1D + 2D

(pojemność 90 l)

EmTherm 1D jest kompatybilny z EmTherm 2D, co umożliwia użytkownikowi montaż mobilnego zestawu o pojemności 90 litrów.



MAKSYMALNA WYGODA

- urządzenia o pojemności 30 l, 60 l, 300 l
- łatwość obsługi
- cicha praca
- samodomykające się szuflady i drzwi
- oprogramowanie z programatorem czasowym
- opcjonalne rejestrowanie temperatury i eksport danych

NAJLEPSZA WYDAJNOŚĆ

- wykorzystanie najnowszej technologii regulacji i kontroli temperatury
- znakomite właściwości ogrzewania konwekcyjnego
- regulacja temperatury od 25°C do 70°C w zależności od indywidualnych potrzeb
- opcja "boost" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania

EmTherm® 3DS

(pojemność 300 l)

Komora grzewcza urządzenia wyposażona jest w 5 półek, które użytkownik może regulować lub zdejmować. Mocna konstrukcja sprzętu zapewnia wiele lat bezawaryjnej pracy, natomiast wysokiej klasy izolacja komory redukuje koszty eksploatacji do minimum.



EmTherm® 3DW

(pojemność 300 l)

Urządzenie składa się z dwóch oddzielnych komór grzewczych, z osobnymi obwodami grzewczymi i panelami sterującymi umożliwiającymi ustawienie temperatury zadanej autonomicznie dla każdej z komór. W dolnym segmencie znajdują się dwie szuflady a w górnym półki.



SYSTEM DEZYNFEKCJI UV-C

Cieplarki zostały wyposażone w listwy emitujące promieniowanie UV-C, które dezynfekuje patogeny (grzyby, bakterie i wirusy, w tym także koronawirusy) obecne na powierzchni wsadu ogrzewanego w cieplarkach.

BEZPIECZEŃSTWO

- elektroniczne i mechaniczne czujniki bezpieczeństwa zapobiegające przegrzaniu
- urządzenia przystosowane do standardów medycznych
- alarm optyczny i akustyczny w przypadku nieomknięcia drzwi lub szuflad

	EmTherm 1D	EmTherm 2D	EmTherm 3DS	EmTherm 3DW
klasa urządzenia	urządzenie w pełni zatwierdzone zgodnie ze standardami medycznymi: Klasa I, Rozporządzenie (UE) 2017/745			
zakres regulacji temp.	25°C do 70°C			
temp. otoczenia (praca)	15°C do 25°C			
przechowywanie	10°C do 55°C			
wilgotność względna	30% do 70%			
dokładność kontroli	+/- 2°C			
użytkowanie	urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej			
bezpieczeństwo	elektroniczne i mechaniczne czujniki bezpieczeństwa zapobiegające przegrzaniu			
alarmy	optyczny i akustyczny			
panel sterujący	dotykowy			
technologia	<ul style="list-style-type: none"> wymuszony obieg powietrza - znakomite właściwości ogrzewania konwekcyjnego energooszczędna izolacja wykorzystanie najnowszej technologii regulacji i kontroli temperatury 			
dostępne funkcjonalności	<ul style="list-style-type: none"> programator czasowy, pozwalający ustawić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia opcja "BOOST" przyspieszająca ogrzewanie wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury tryb gotowości opcjonalne rejestrowanie temperatury i eksport danych 			
objętość wew. netto	30 l	60 l	300 l	300 l
objętość wew. brutto	36 l	90 l	367 l	364 l
waga	21 kg	40 kg	184 kg	206 kg
wymiary (sz. x gł. x wys.)	350 x 620 x 400 mm	350 x 620 x 823 mm	690 x 740 x 1770 mm (z odbojnikami: 740 x 790 x 1770 mm)	690 x 740 x 1770 mm (z odbojnikami: 740 x 790 x 1770 mm)
rodzaj	urządzenie stacjonarne, nablatowe, 4 gumowe, antypoślizgowe nóżki	mobilny system na kółkach (2 z blokadą)	mobilny system na kółkach (2 z blokadą)	mobilny system na kółkach (2 z blokadą)
materiały obudowy	plyta izolacyjna PVC	plyta izolacyjna PVC	stal nierdzewna (wnętrze kwasoodporne)	stal nierdzewna (wnętrze kwasoodporne)
system dezynfekcji UV-C	w standardzie (2 listwy LED)	w standardzie (3 listwy LED)	opcjonalnie dostępny na zamówienie (10 listw LED)	opcjonalnie dostępny na zamówienie (10 listw LED)
komory grzewcze	1 komora	2 szuflady	1 komora wyposażona w 5 półek o regulowanej wysokości	2 komory z autonomicznymi panelami sterującymi (górną komorę: 3 półki o regulowanej wysokości / dolną komorę: 2 szuflady)
wewnętrzne oświetlenie	brak	brak	tak	tak
zasilanie	100-240 VAC, 50/60 Hz prąd znamionowy 1,75 A (230 V)/ 3,4 A (120 V)	100-240 VAC, 50/60 Hz prąd znamionowy 1,75 A (230 V)/ 3,4 A (120 V)	100-240 VAC, 50/60 Hz prąd znamionowy 4,3 A (230 V)/ 8,4 A (120 V)	100-240 VAC, 50/60 Hz prąd znamionowy 5,7 A (230 V)/ 11 A (120 V)



EM-MED Sp. z o.o. Sp. K.

ul. Pocieszka 11A
31-408 Kraków

12 292 78 60
biuro@emmed.pl

www.emmed.pl



EM-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.
ul. Przygraniczna 40
32-085 Modlnica
tel: +48(12) 292 78 60, fax: +48(12) 350 42 11
email: office@emmed.pl
internet: www.emmed.pl

DEKLARACJA ZGODNOŚCI WE/UE

Producent: EM-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.
Adres: ul. Przygraniczna 40, 32-085 Modlnica
SRN: PL-MF-000004822

Nazwa urządzenia: EmTherm ogrzewacz komorowy tkanin i płynów
Model: 1D, 2D, 3DS, 3DW
Klasyfikacja: I
Basic UDI-DI: 5907222ETU2

Urządzenia zostały zakwalifikowane jako klasa I, zgodnie z zasadą nr 2 załącznika VIII Rozporządzenia 2017/745.

Procedura oceny zgodności: EM-MED Sp. z o. o. Sp. K. stosuje następujące procedury oznakowania CE swoich produktów zgodnie z Rozporządzeniem 2017/745.
Klasa I: Deklaracja zgodności WE jest zgodnie z załącznikiem IV Rozporządzenia 2017/745.

Niniejsza deklaracja zgodności wydana jest na wyłączną odpowiedzialność EM-MED Sp. z o. o. Sp. K. Niniejszym zaświadcza się, że urządzenia medyczne wymienione powyżej jest zgodny z postanowieniem Rozporządzenia 2017/745 oraz z Dyrektywą 2011/65/UE wraz z późniejszymi zmianami 2015/863.

Cała dokumentacja pomocnicza przechowywana jest w siedzibie producenta.

Normy zharmonizowane i inne standardy:	EN 13485:2016+A11:2021	EN 60601-1:2006+A1:2013
	EN 14971:2012	EN 60601-1-2:2015
	EN 15223-1:2021	EN 60601-1-6:2010
	EN 10993-1:2009	EN 60601-1-8:2007+A11:2017
	EN 1041:2008	EN IEC 63000:2018
	EN 62366:2008	EN 62353:2014
	EN 62304:2006	

Miejsce i data wydania:
Kraków, 17.02.2023 r.

Michael O'Halloran
Prezes

Formularz dla podmiotów / Form for organizations

A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority	
1.001 Kod / Code PL/CA01	
1.002 Nazwa w języku miejscowym - po polsku / Name in local language - in Polish Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	
1.003 Nazwa po angielsku / Name in English The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products	
1.004 Kod kraju / Country code PL	1.005 Kod pocztowy i miasto / Postal code and city
1.006 Ulica, nr / Street, no.	1.007 Telefon / Phone +48 22 4921100

Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification	
1.008 Data wpływu / Date of notification	1.009 Numer referencyjny / Reference number
1.010 Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details <input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details	
1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of entity details please indicate the data being changed	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification	
<input checked="" type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input type="checkbox"/> I - Importer / Importer <input type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor <input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	

C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code PL
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full EM-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated	
1.017 Miasto / City Kraków	1.018 Kod pocztowy / Postal code 31-408
1.019 Ulica, nr / Street, no. Pocieszka 11a	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Adrian O'Halloran	1.022 Telefon / Phone 122927860
1.023 E-mail biuro@emmed.pl	1.024 Faks / Fax
D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, pełna / Name of the authorized representative, in full	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated	
1.029 Miasto / City	1.030 Kod pocztowy / Postal code
1.031 Ulica, nr / Street, no.	1.032 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.033 Imię i nazwisko / Full name	1.034 Telefon / Phone
1.035 E-mail	1.036 Faks / Fax
E. Identyfikacja ... / Identification of the ... <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor </div>	
1.038 Numer referencyjny / Reference number	1.039 Kod kraju / Country code
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full	
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated	
1.042 Miasto / City	1.043 Kod pocztowy / Postal code
1.044 Ulica, nr / Street, no.	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.046 Imię i nazwisko / Full name	1.047 Telefon / Phone
1.048 E-mail	1.049 Faks / Fax

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...	
<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	
1.050	
1.051 Numer referencyjny / Reference number	1.052 Kod kraju / Country code
1.053 Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full	
1.054 Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated	
1.055 Miasto / City	1.056 Kod pocztowy / Postal code
1.057 Ulica, nr / Street, no.	1.058 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.059 Imię i nazwisko / Full name	1.060 Telefon / Phone
1.061 E-mail	1.062 Faks / Fax
G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure	
1.063 Imię i nazwisko / Full name	
1.064 Miasto / City	1.065 Kod pocztowy / Postal code
1.066 Ulica, nr / Street, no.	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone	1.069 Faks / Fax
H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type	
1.070 Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2	1
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	0
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	0

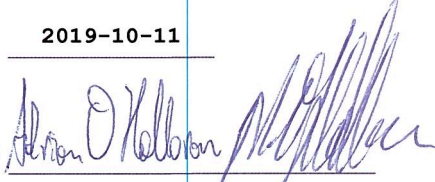
Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.

I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City Kraków

Data / Date 2019-10-11

Nazwisko / Name Adrian O'Halloran, Michael O'Halloran

Podpis / Signature 

Formularz dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, wyrobów medycznych i systemów lub zestawów zabiegowych

Form for active implantable medical devices, medical devices and systems or procedure packs

Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

A. Identyfikacja zgłoszenia / Identification of notification	
2.001 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1	2.002 Numer kolejny Załącznika nr 2 w obrębie tego zgłoszenia Ordinal number of form no. 2 within this notification
2.003 Numer referencyjny / Reference number	2.004 Rodzaj zgłoszenia / Notification type
	<input checked="" type="checkbox"/> Pierwsze / First <input type="checkbox"/> Zmiana / Change
2.005 W przypadku zmiany danych wyrobu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of device details please indicate the data being changed	

B. Identyfikacja wyrobu / Identification of device		
2.006 Typ wyrobu / Device type <input checked="" type="checkbox"/> Wyrób oznakowany znakiem CE CE marked device <input type="checkbox"/> Wyrób na zamówienie Custom-made device <input type="checkbox"/> System lub zestaw zabiegowy System or procedure pack		
2.007 Klasyfikacja / Classification <input type="checkbox"/> 1. Aktywny wyrób medyczny do implantacji / Active implantable medical device <input checked="" type="checkbox"/> 2. Wyrób medyczny klasy I / Class I medical device <input type="checkbox"/> 3. Wyrób medyczny klasy I sterylny / Class I medical device, sterile <input type="checkbox"/> 4. Wyrób medyczny klasy I z funkcją pomiarową / Class I medical device with measuring function <input type="checkbox"/> 5. Wyrób medyczny klasy I z funkcją pomiarową, sterylny / Class I medical device with measuring function, sterile <input type="checkbox"/> 6. Wyrób medyczny klasy IIa / Class IIa medical device <input type="checkbox"/> 7. Wyrób medyczny klasy IIb / Class IIb medical device <input type="checkbox"/> 8. Wyrób medyczny klasy III / Class III medical device	2.008 Reguła (jeśli dotyczy) / Rule (where applicable) 2	
2.009 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1) EmTherm		
2.010 Inne nazwy tego samego wyrobu (jeśli są używane) / Alternative names of the same device (if used) Ogrzewacz komorowy tkanin i płynów		
2.011 Typ, model, wersja wykonania / Type, model, make 1D, 2D, 3DS i 3DW		

B. Identyfikacja wyrobu (cd.) / Identification of device (cont.)	
2.012 Nazwa zastosowanej, międzynarodowo uznanej nomenklatury Name of applied, internationally recognised nomenclature GMDN	2.013 Kod rodzajowy wg zastosowanej nomenklatury Code of generic device group according to applied nomenclature 40516 33512
Krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie / Short description and intended purpose of the device	
2.014 W języku miejscowym - po polsku / In local language - in Polish Urządzenia EmTherm służą do ogrzewania i przechowywania płynów, tkanin lub innych przedmiotów. Wyposażone są w konwekcyjny system ogrzewania z grzałką i wymuszonym obiegiem powietrza dzięki zastosowaniu wentylatora. Przedmioty do ogrzania umieszcza się w komorze grzewczej, w której temperatura jest kontrolowana i utrzymywana na wcześniej wybranym poziomie.	2.015 Po angielsku / In English EmTherm devices are designed for heating and storing fluids, fabrics and other items. They are equipped with a convection heating system with a heater and forced air circulation due to the presence of a fan. Items to be heated are placed in a heating chamber in which the temperature is controlled and maintained at a preselected level.
2.016 Zgodność sprawdzona przez jednostkę notyfikowaną numer ... (jeśli dotyczy) Conformity checked by notified body number ... (where applicable)	
C. Identyfikacja osoby do kontaktu w sprawach incydentów medycznych	
Identification of contact person for medical incident issues	
2.017 Imię i nazwisko / Full name Adrian O'Halloran	2.018 Telefon / Phone 122927860
2.019 E-mail biuro@emmed.pl	2.020 Faks / Fax

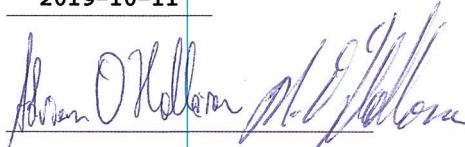
D. Informacje dotyczące składu systemu lub zestawu zabiegowego Information concerning composition of the system or procedure pack Proszę podać dane wszystkich wyrobów medycznych wchodzących w skład systemu lub zestawu zabiegowego Please provide information concerning all medical devices included in the system or procedure pack		
2.021 Nazwa handlowa wyrobu 2) Trade name of device	2.022 Nazwa i adres wytwórcy Name and address of manufacturer	2.023 Nazwa i adres autoryzowanego przedstawiciela (jeśli dotyczy) Name and address of authorised representative (where applicable)

Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.
 I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City Kraków

Data / Date 2019-10-11

Nazwisko / Name Adrian O'Halloran, Michael O'Halloran

Podpis / Signature 

- 1) Wyroby różniące się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden wyrób i zamieścić w jednym zgłoszeniu, jeżeli są lub mają:
- jednego wytwórcę,
 - jednego autoryzowanego przedstawiciela, jeżeli ich wytwórca nie ma siedziby lub miejsca zamieszkania w państwie członkowskim,
 - jeden, wspólny, krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie,
 - jedną, możliwie najbardziej szczegółową nazwę rodzajową,
 - jeden kod wyrobu według Globalnej Nomenklatury Wyrobów Medycznych (GMDN) albo innej uznanej nomenklatury wyrobów medycznych,
 - tę samą klasyfikację,
 - wspólną ocenę zgodności wykonaną z użyciem tych samych procedur oceny zgodności,
 - wspólny certyfikat zgodności lub wspólne certyfikaty zgodności, jeżeli w ocenie ich zgodności brała udział jednostka notyfikowana,
 - nie więcej niż jedną nazwę handlową w języku polskim i w języku angielskim.
- 2) Systemy lub zestawy zabiegowe o tym samym przeznaczeniu, zestawione przez ten sam podmiot i zawierające te same wyroby medyczne, które w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych występują w różnych ilościach lub różnią się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden system lub zestaw zabiegowy, jeżeli odpowiadające sobie wyroby medyczne w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych mogą być uznane za jeden wyrób zgodnie z pkt 1.

Formularz dla podmiotów / Form for organizations

A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority	
1.001 Kod / Code PL/CA01	
1.002 Nazwa w języku miejscowym - po polsku / Name in local language - in Polish Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	
1.003 Nazwa po angielsku / Name in English The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products	
1.004 Kod kraju / Country code PL	1.005 Kod pocztowy i miasto / Postal code and city
1.006 Ulica, nr / Street, no.	1.007 Telefon / Phone +48 22 4921100

Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification	
1.008 Data wpływu / Date of notification	1.009 Numer referencyjny / Reference number
1.010 Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type	
<input type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device	
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details	
<input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details	
1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of entity details please indicate the data being changed	
Zmiana adresu z ul. Pociuszka 11a, 31-408 Kraków, na ul. Przygraniczna 40, 32-085 Modlnica	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification	
<input checked="" type="checkbox"/> W - Wytwórca (Producent) / Manufacturer	
<input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel (Upoważniony przedstawiciel) / Authorized representative	
<input type="checkbox"/> I - Importer / Importer	
<input type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor	
<input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack	
<input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack	
<input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania (badanie działania) / Organization carrying out performance evaluation	
<input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	
<input type="checkbox"/> DL - Podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity	
<input type="checkbox"/> IZ - Instytucja zdrowia publicznego / Health institution	
<input type="checkbox"/> P - Podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional activity	

C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code PL
1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full EM-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa	
1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated EM-MED Sp. z o.o. Sp. K	
1.017 Miasto / City Modlnica	1.018 Kod pocztowy / Postal code 32-085
1.019 Ulica, nr / Street, no. Przygraniczna 40	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Karolina Warchoń	1.022 Telefon / Phone 790 201 503
1.023 E-mail karolina@em-med.pl	1.024 Faks / Fax

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated	
1.029 Miasto / City	1.030 Kod pocztowy / Postal code
1.031 Ulica, nr / Street, no.	1.032 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.033 Imię i nazwisko / Full name	1.034 Telefon / Phone
1.035 E-mail	1.036 Faks / Fax

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...		<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
1.038 Numer referencyjny / Reference number	1.037	1.039 Kod kraju / Country code
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated		
1.042 Miasto / City	1.043 Kod pocztowy / Postal code	
1.044 Ulica, nr / Street, no.	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name	1.047 Telefon / Phone	
1.048 E-mail	1.049 Faks / Fax	

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...

<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack	
<input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack	
<input type="checkbox"/> O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania (badanie działania) / ... carrying out performance evaluation	
1.050 <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	
<input type="checkbox"/> DL - ... podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity	
<input type="checkbox"/> IZ - ... instytucja zdrowia publicznego / Health institution	
<input type="checkbox"/> P - ... podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional	
1.051 Numer referencyjny / Reference number	1.052 Kod kraju / Country code
1.053 Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full	
1.054 Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated	
1.055 Miasto / City	1.056 Kod pocztowy / Postal code
1.057 Ulica, nr / Street, no.	1.058 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.059 Imię i nazwisko / Full name	1.060 Telefon / Phone
1.061 E-mail	1.062 Faks / Fax

G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia

Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification

Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA lub art. 38 ust. 1 ustawy o CEIDG i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy
To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure or art. 45 par. 1 of CEIDG Act

1.063 Imię i nazwisko / Full name	
1.064 Miasto / City	1.065 Kod pocztowy / Postal code
1.066 Ulica, nr / Street, no.	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone	1.069 Faks / Fax

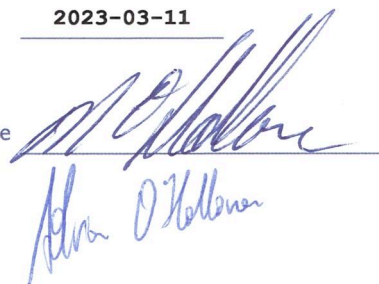
H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notificationProszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza
Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type

1.070 Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2	0
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	0
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	0

Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City ModlnicaData / Date 2023-03-11Nazwisko / Name Michael O'Halloran, Adrian O'Halloran

Podpis / Signature



Wykonawca:

EM-MED sp. z o.o.
ul. Przygraniczna 40, 32-085 Modlnica
NIP 6760056647
KRS 0000187788

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

Adrian O'Halloran – Członek Zarządu

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie
zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ
ART. 7 UST. 1 USTAWY O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE
PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE
BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. Dostawa aparatury medycznej wraz z montażem i szkoleniem PN-29/25 *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu *(oznaczenie zamawiającego)*, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.¹

¹ Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie

2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).²

INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

~~Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w
(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),
polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby:~~

~~.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG),
w następującym zakresie:~~

~~(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu),
co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.~~

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji

zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

- a) obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
- b) osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub
- c) osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia.

² Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada _____ ponad _____ 10% _____ wartości _____ zamówienia:

.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG);
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w art. 5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:

[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada _____ ponad _____ 10% _____ wartości _____ zamówienia:

.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG);
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w art. 5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

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.

INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) KRS www.ekrs.ms.gov.pl

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

2)

(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)

.....
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny