**Załącznik nr 5 do SIWZ**

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

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Dotyczy: *Dostawy mebli medycznych i wyposażenia w ramach realizacji inwestycji „Rozbudowa budynku nr 1 na potrzeby Zintegrowanego Bloku Operacyjnego w 4.WSK z Polikliniką Sp. ZOZ we Wrocławiu” – znak sprawy 4/ZP/2017*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie wyroby medyczne będą posiadały aktualne  
i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt (w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy), Formularz Powiadomienia/Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych – tj. Dz. U. 2017 poz. 211 z późn. zm.).

Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy Deklarację Zgodności wydaną przez producenta oraz Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) wydany przez jednostkę notyfikacyjną, Formularz Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych) w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy.

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

..............................................                                     ............... dn. ........ (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Dotyczy: *Dostawy mebli medycznych i wyposażenia w ramach realizacji inwestycji „Rozbudowa budynku nr 1 na potrzeby Zintegrowanego Bloku Operacyjnego w 4.WSK z Polikliniką Sp. ZOZ we Wrocławiu” – znak sprawy 4/ZP/2017*

Oświadczamy, że należymy/nie należymy[[1]](#footnote-1) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz.U. z 2015r., poz. 2164 z późn. zm)

W przypadku przynależności do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 PZP, wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

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

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Dotyczy: *Dostawy mebli medycznych i wyposażenia w ramach realizacji inwestycji „Rozbudowa budynku nr 1 na potrzeby Zintegrowanego Bloku Operacyjnego w 4.WSK z Polikliniką Sp. ZOZ we Wrocławiu” – znak sprawy 4/ZP/2017*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zaoferowane w ofercie wyroby będą:

* posiadały certyfikat potwierdzający, że wytwórca mebli stosuje technologię malowania proszkowego mebli z dodatkiem jonów srebra stanowiących powłokę antybakteryjną celem podniesienia aseptyki pomieszczeń szpitalnych oraz świadectwo badań niezależnego laboratorium badawczego pod kątem działania jonów srebra na szczepy drobnoustrojów w zastosowanej powłoce lakierniczej;
* posiadały umowę licencyjną Cu+ wystawioną przez upoważniony organ oraz dokument wystawiony przez jednostkę niezależną wykazujący właściwości antykorozyjne materiału, z którego meble są zrobione;
* zaprojektowane i wykonane w systemie zarządzania jakością i producent będzie posiadał certyfikat systemu jakości czyli certyfikat spełniania wymagań odpowiedniej Polskiej Normy ISO 9001:2008 dotyczącej systemów zapewniania jakości w zakresie projektowania, produkcji, dostarczania i serwisowania mebli, wydany przez jednostkę akredytowaną w Polsce i uprawnioną do certyfikacji w zakresie systemów zarządzania jakością w rozumieniu Ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2004 nr 204 poz. 2087 z późn. zm.);
* posiadały wystawiony na producenta certyfikat ISO 13 485 oraz certyfikat PZH potwierdzający zastosowanie mebli.

**Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca w trakcie realizacji umowy zobowiązuję się udostępnić dokumenty potwierdzające ww. oświadczenia w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem odstąpienia od umowy**

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

**„WZÓR - LISTA PRACOWNIKÓW”**

**ZASADY UDZIELENIA ZDALNEGO DOSTĘPU DO ZASOBÓW**

Niniejszy załącznik ustala zasady udzielenia Wykonawcy zdalnego dostępu do zasobów sieci teleinformatycznej Zamawiającego w celu umożliwienia Wykonawcy realizacji jego zobowiązań wynikających z umowy, w szczególności określonych w §2 ust.1 pkt 1) ppkt a) oraz w ppkt b)

1. **Udostępnienie**
2. Zdalny Dostęp zostanie udostępniony Wykonawcy przez Zamawiającego w terminie 3 dni od daty zawarcia umowy.
3. Zdalny Dostęp udostępniony zostanie na cały czas trwania niniejszej umowy.
4. Lista osób Wykonawcy uprawnionych do Zdalnego Dostępu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr telefonu** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Bezpośredni dostęp do systemów Zamawiającego jest możliwy tylko i wyłącznie po udostępnieniu go przez administratora Zamawiającego i po przekazaniu wymaganych uprawnień i haseł.
2. W przypadku zgłoszenia błędu krytycznego Zamawiający zapewni sprawne działanie zdalnego dostępu.
3. **Zasady korzystania**
4. Korzystając ze Zdalnego Dostępu Wykonawca:
   1. będzie wykorzystywał Zdalny Dostęp wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy;
   2. nie będzie pozyskiwał ani przetwarzał żadnych innych danych, za wyjątkiem danych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy;
5. Zabrania się Wykonawcy przekazywania danych logowania (login lub hasło) innym osobom niż wymienione w § 1 ust. 3 niniejszego załącznika.
6. Zdalny dostęp udostępnia się tylko do przeglądu danych.
7. **Warunki Techniczne do uzyskania Zdalnego Dostępu**
8. Wykonawca dostarczy listę komputerów (wraz z adresami IP), z których będzie realizował Zdalny Dostęp do sieci teleinformatycznej Zamawiającego.
9. Zamawiający zapewni jeden z czterech rodzajów połączeń:
   1. VPN - zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie bezpiecznego kanału VPN;
   2. Udostępnienie terminala - zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie bezpiecznego terminala;
   3. Udostępnienie portu do bazy danych – zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie IP i portu pozwalającego na komunikację z bazą danych.
10. Zamawiający przekaże każdej osobie z podanej listy użytkowników Wykonawcy, określonych   
    w § 1 ust. 3 niniejszego załącznika, zestaw odpowiadających im identyfikatorów użytkowników (login) wraz z ich hasłami dostępu oraz innymi parametrami niezbędnymi do zestawienia zdalnego połączenia. Użytkownicy po stronie Wykonawcy zobowiązują się do nie udostępniania tych identyfikatorów i haseł innym osobom oraz wykorzystywania dostępu wyłącznie w celu realizacji niniejszej Umowy.
11. Wszystkie dane dotyczące parametrów logowania zostaną przekazane na indywidualne konta   
    e-mail. Tą samą drogą dostarczone zostanie również oprogramowanie Klienta VPN lub klienta terminalowego. Oprogramowanie zostanie zainstalowane na komputerach użytkowników staraniem Wykonawcy.

…………..…dnia…………… ..................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

###### Załącznik nr 9 do SIWZ

***WZÓR ZOBOWIĄZANIA DO ZACHOWANIA TAJEMNICY***

Nazwisko ( -ka) :

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

Imię ( imiona ): 1. ..................................................................................

2. ..................................................................................

Dowód tożsamości: Seria |\_\_|\_\_|\_\_|Nr |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

wydany przez

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

Ja niżej podpisany, potwierdzając zgodność moich danych osobowych ze stanem faktycznym, oświadczam, że :

* Zapoznałem się z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.   
  (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zmianami ) i wynikających z niej przepisów prawnych,
* Zostałem uprzedzony, iż dane osobowe i medyczne przetwarzane w Systemie Informatycznym podlegają ustawowej ochronie prawnej [Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zmianami ) )
* Zobowiązuję się do nieujawniania – w ramach wykonywania prac związanych z realizacją Umowy zawartej pomiędzy 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ………………….. informacji objętych tajemnicą służbowa w rozumieniu ustawy z dn. 22 stycznia 1999 r. o ochronie informacji niejawnych (tj z 2015 r. poz. 2135)).
* Zobowiązuję się do nie rozpowszechniania nabytej informacji o charakterze technicznym, technologicznym, organizacyjnym i handlowym, stanowiących tajemnicę 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej.
* Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących wyżej wymienionych danych uzyskanych w związku z realizacją zadań wynikających z przedmiotu Umowy zawartej pomiędzy   
  4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ……………….ciąży na mnie nawet po wygaśnięciu stosunku o pracę.

Powyższe zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych i medycznych bezterminowo, a w przypadku pozostałych danych przez cały okres trwania Umowy.

.................................. dnia ..................... Podpis pracownika : …………...............................................

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)