|  |
| --- |
| C:\Users\jpachnowska\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\ciąg logotypów_NSS-UE-FStru_RPO-WZ_14-20_mono.jpg  Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020    Tytuł projektu: **„Dostosowanie SPWSZ do potrzeb szybko rosnącej populacji osób starszych**  **- zwiększenie liczby łóżek w Oddziale Geriatrii i Przewlekle Chorych”**  **Nr Umowy: RPZP.09.01.00-32-0004/17-00 z dnia 07.12.2017 r.** |

**Poprawiony 2 Załącznik nr 1A do SIWZ**

**Parametry techniczne instalacji medycznych**

**Przedmiot zamówienia: Agregat próżni centralnej**

**Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ilość: 1 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Opis parametrów technicznych | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany – wypełnia Wykonawca** |
|  | **Opis ogólny** |  |  |
| 1 | Szybkość pompowania przy ciśnieniu atmosferycznym – min 70 m³/h dla jednej pompy, przystosowane do pracy ciągłej bez względu na aktualne zapotrzebowanie na próżnię. | TAK |  |
| 2 | 1 Zbiorniki wyrównawczy próżni – min 500dm³ każdy o osi pionowej. | TAK |  |
| 3 | Ilość pomp – 3 pompy w technologii bezolejowej bądź olejowej, posadowione na jednym stelażu, ułatwiających czynności obsługowe | TAK |  |
| 4 | Sterowanie elektroniczne z panelem sterującym i dotykowym kolorowym wyświetlaczem cyfrowym | TAK |  |
| 5 | Minimum 2 filtry bakteryjne wraz z zamontowanymi naczyniami obserwacyjnymi z tworzywa sztucznego. | TAK |  |
| 6 | Moc: max 3x1,9 KW | TAK |  |
| 7 | Podciśnienie nominalne 578 – 728 mm Hg | TAK |  |
| 8 | Poziom hałasu max. 67 dB | TAK |  |
| 9 | Zasilanie elektryczne całości stacji (pompy plus szafa sterownicza): 1x400 V | TAK |  |
| 10 | Czujnik ciśnienia zainstalowany na wyjściu (4-20 mA) | TAK |  |
|  | **Sterownik** |  |  |
| 11 | Różne tryby pracy – automatyczny start dodatkowych pomp w razie zwiększonego zapotrzebowania | TAK |  |
| 12 | Utrzymywanie podciśnienia na zadanym poziomie, Zapewnienie „ kołowego ‘’ obiegu pracy pomp | TAK |  |
| 13 | Wyświetlanie schematu ideowego urządzenia wraz ze wskazaniem aktualnie pracujących pomp oraz wartości podciśnienia. | TAK |  |
| 14 | Wyświetlanie aktualnego podciśnienia oraz rejestracja czasu pracy pomp | TAK |  |
| 15 | Wyświetlanie komunikatów w języku polskim | TAK |  |
| 16 | Informowanie o awariach przy pomocy kontrolera SMS wyposażonego w wewnętrzną baterię podtrzymującą zasilanie kontrolera w przypadku awarii zasilania elektrycznego na minimum 1h. Po stronie Zamawiającego dostarczenie odpowiedniej karty telemetrycznej | TAK |  |
| 17 | Komunikacja z systemem BMS szpitala przy pomocy prokokołu MODBUS. | TAK |  |
| 18 | Zabezpieczenie programu sterownika przed wprowadzeniem niepożądanych zmian w programie | TAK |  |
| 19 | Możliwość podłączenia do sieci Ethernet lub LAN szpitala. | TAK |  |
| 20 | Kompletny zestaw do filtracji powietrza wyrzutowego agregatu próżniowego składającego się z następujących elementów:  • Filtr wyrzutowy,  • Medyczny filtr próżniowy   * Filtr węglowy przeciw zapachowy. | TAK |  |
|  | **Alarm** |  |  |
| 21 | Sygnalizacja przekroczenia poziomu podciśnienia alarmowego | TAK |  |
| 22 | Sygnalizacja wystąpienia awarii | TAK |  |
|  | **Warunki przyłączenia** |  |  |
| 23 | Agregat wyposażony we własną szafę sterowniczo zabezpieczającą. Do obowiązku Wykonawcy należy wykonanie linii kablowej zasilającej agregat. Rodzaj kabla należy dobrać do mocy oferowanego agregatu. | TAK |  |
| 24 | Akcesoria do podłączenia | TAK |  |
| 25 | Bez konieczności fundamentowania | TAK |  |
| 26 | Bez konieczności chłodzenia wodą | TAK |  |
|  | **Inne wymagania** |  |  |
| 27 | Dostawa i montaż urządzenia w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |
| 28 | Gwarancja min. 36 miesięcy | TAK |  |
| 29 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie - podjęta naprawa – 48 godzin w dni robocze | TAK |  |
| 30 | Czas usunięcia awarii max. 24 godziny | TAK |  |
| 31 | W przypadku przedłużającej się naprawy ponad czas opisany w pkt. 30 oferent wstawi agregat zastępczy. | TAK |  |
| 32 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 | TAK |  |
| 33 | Liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 | TAK |  |
| 34 | Bezpłatny serwis min. 1x w roku w okresie gwarancji wraz z materiałami eksploatacyjnymi. | TAK |  |
|  | **Wymagane certyfikaty** |  |  |
| 35 | Certyfikat CE dla wyrobu medycznego klasy IIb zgodnie z 93/42/EEC | TAK |  |
| 36 | Materiały potwierdzający oferowane parametry techniczne w języku polskim, a w przypadku wytwórcy zagranicznego w języku wytwórcy wraz z tłumaczeniem na język polski. (prospekt urządzenia, folder, katalog, karty techniczne itp.). Ze względów serwisowych i gwarancyjnych Zamawiający wymaga produktu powtarzalnego dostępnego na rynku bez modyfikacji lub dostosowań istniejących wyrobów do niniejszej specyfikacji. Zamawiający wymaga wyrobu medycznego zgodnego z dyrektywą 93/42/ECC. | TAK |  |
| 37 | Deklaracja zgodności wytwórcy potwierdzająca model i typ opisany w niniejszym formularzu (model i typ musi zostać potwierdzony w materiałach potwierdzających parametry) | TAK |  |
| 38 | Potwierdzenie zgłoszenia do URPLWMiPB | TAK |  |
| 39 | Paszport techniczny | TAK |  |
| 40 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 41 | Karta gwarancyjna | TAK |  |
| 42 | Podać nazwę serwisu oraz załączyć dokumenty potwierdzające autoryzację przez wytwórcę | TAK |  |

UWAGA !

Jeżeli w dokumentacji przetargowej przy opisie przedmiotu zamówienia wskazana została nazwa producenta, znak towarowy, patent lub pochodzenie w stosunku do określonych materiałów, urządzeń, itp. Zamawiający wymaga, aby traktować takie wskazanie jako przykładowe i dopuszcza zastosowanie przy realizacji zamówienia materiałów, urządzeń, itp. równoważnych o parametrach nie gorszych niż wskazane.

**Przedmiot zamówienia: Panel nadłóżkowy dla 1 stanowiska 2 lub 3 gazy**

**Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ilość: 22 szt - wersja 2 gazy**

**4szt - wersja 3 gazy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów technicznych**  **Parametr wymagany** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany – wypełnia Wykonawca** |
| 1 | Panel elektryczno-gazowy wraz z oświetleniem mocowany do ściany składający się z belki poziomej i pionowej zakrytej gładką płytą. Panel zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO 11197:2016 z deklaracją wytwórcy. | TAK |  |
| 2 | Belka pozioma – długość min. 1600mm (+/- 10%) o szerokości w zakresie min. 200mm max. 400mm oraz 1 pionową belkę zintegrowaną z belką poziomą o długości kończącej się 300mm (+/- 10%) ponad podłogą i szerokości w zakresie min. 200mm max. 400mm. | TAK |  |
| 3 | Belka pozioma min. 3 kanałowa, w której w górnym kanale znajdzie się oświetlenie ogólne sali, w dolnym oświetlenie pacjenta. W środkowym instalacje elektryczne i gazowe z wzajemną separacją zgodnie z PN-EN ISO 11197:2016. | TAK |  |
| 4 | Belka pionowa min. 3 kanałowa, w której w prawym kanale znajdzie się oświetlenie pacjentów. W lewym instalacje elektryczne i teletechniczne. Belki montowane po lewej lub prawej stronie łóżka pacjenta. | TAK |  |
| 5 | Belki wykonane z profili aluminiowych, anodowanych o grubości ścianek 2mm (+/-10%), bez ostrych krawędzi. | TAK |  |
| 6 | Do belek od frontu przykręcona jednolita ognioodporna płyta w klasie min B-s2 ze względów higienicznych pokryta laminatem typu HPL o grubości min. 0,7mm lub płyta z nieporowatego materiału typu: solid Surface – sztuczny kamień.  W kolorystykach ustalonych przez Zamawiającego | TAK |  |
| 7 | Płyta maskująca belkę poziomą długość gwarantującej zakrycie belki poziomej o min. 30mm w każdą stronę. Zaokrąglone boki min. R100mm.  Płyta maskująca belkę pionową długość gwarantującej zakrycie belki pionowej o min. 30mm w każdą stronę. Zaokrąglone boki min. R100mm.  Płyty belki poziomej i pionowej łączone ze sobą bez widocznych szpar i różnic wysokości. Dopuszcza się przykrycie łączeń dodatkową płytą. | TAK |  |
| 8 | Belka pozioma dla jednego stanowiska wyposażona: w punkty poboru gazów medycznych typu SS8752430 lub „AGA” MC70  1x TLEN,  1x PRÓŻNIA  1x AIR dla jednostki z trzema gazami  - gniazda elektryczne  4x gniazdo 230V z bolcem uziemiającym zlicowane z powierzchnią, z przesłoną torów prądowych oraz żaluzją otworu, dające płaską powierzchnię bez włożonej wtyczki.  1x włącznik oświetlenia ogólnego – górnego,  Gniazda elektryczne w modułach min. 45x45mm | TAK |  |
| 9 | Belka pionowa dla każdego stanowiska wyposażona w:  2x gniazdo 230V z bolcem uziemiającym zlicowane z powierzchnią, z przesłoną torów prądowych oraz żaluzją otworu, dające płaską powierzchnię bez włożonej wtyczki.  2x gniado USB z wewnętrznym zasilaczem  1x gniazdo ekwipotencjalne  2x przygotowanie pod gniazdo teletechniczne w modułach min. 45x45  1x podwójny włącznik oświetlenia pacjenta działający równolegle do włącznika z manipulatora systemu przyzywowego.  Gniazda elektryczne w modułach min. 45x45mm  Gniazdo systemu przyzywowego zgodne z przyjętym systemem przez szpital. Dostawa po stronie branży teletechnicznej.  Gniazda ustawione w układzie pionowym. Kolorystyka gniazd elektrycznych inna niż kolorystyka gniazd na belce poziomej.  Montaż w/w gniazd powyżej szafki przyłóżkowej. | TAK |  |
| 10 | Specyfikacja oświetlenia:  - światło ogólne – min. 80W LED montowane w belce poziomej, skierowane do góry,  - światło górne dla pacjenta – min. 30W LED montowane w belce poziomej, skierowane w dół,  - światło boczne dla pacjenta – min. 30W LED montowane w belce pionowej, skierowane na łózko pacjenta.  - na froncie panelu min. dwa światła typu spot kierunkowy o mocy min. 5W LED, | TAK |  |
| 11 | Szyna medyczna przeznaczona do mocowania dodatkowych akcesoriów medycznych (dozowniki, półki, uchwyty, itp.) | TAK |  |
| 12 | Rysunki potwierdzające parametry urządzenia | TAK |  |
| 13 | Montaż i szkolenie z obsługi | TAK |  |
|  | POZOSTAŁE WARUNKI |  |  |
| 14 | Certyfikat CE dla wyrobu medycznego dla klasy IIb zgodnie z 93/43/EEC | TAK |  |
| 15 | Materiały potwierdzający oferowane parametry techniczne w języku polskim, a w przypadku wytwórcy zagranicznego w języku wytwórcy wraz z tłumaczeniem na język polski. (prospekt urządzenia, folder, instrukcja obsługi,katalog, karty techniczne itp.). Ze względów serwisowych i gwarancyjnych Zamawiający wymaga produktu powtarzalnego dostępnego na rynku bez modyfikacji lub dostosowań istniejących wyrobów do niniejszej specyfikacji. Zamawiający wymaga wyrobu medycznego zgodnego z dyrektywą 93/42/ECC. | TAK |  |
| 16 | Deklaracja zgodności wytwórcy potwierdzająca model i typ opisany w niniejszym formularzu (model i typ musi zostać potwierdzony w materiałach potwierdzających parametry) | TAK |  |
| 17 | Potwierdzenie głoszenia do URPLWMIPB | TAK |  |
| 18 | Paszport techniczny | TAK |  |
| 19 | Karta gwarancyjna, okres gwarancji – min. 36 miesięcy | TAK |  |
| 20 | Podać nazwę serwisu oraz załączyć dokumenty potwierdzające autoryzację przez wytwórcę | TAK |  |

UWAGA !

Jeżeli w dokumentacji przetargowej przy opisie przedmiotu zamówienia wskazana została nazwa producenta, znak towarowy, patent lub pochodzenie w stosunku do określonych materiałów, urządzeń, itp. Zamawiający wymaga, aby traktować takie wskazanie jako przykładowe i dopuszcza zastosowanie przy realizacji zamówienia materiałów, urządzeń, itp. równoważnych o parametrach nie gorszych niż wskazane.

**Przedmiot zamówienia: Medyczny system przyzywowy**

**Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ilość: 1 komplet**

| **L.p.** | **Opis parametrów technicznych**  **Parametr wymagany** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany – wypełnia Wykonawca** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | System przyzywowy spełnia normę DIN VDE 0834 i jest podstawą  do porozumiewania się pacjentów z personelem | | TAK |  |
| 2 | Gwarancja zdalnego serwisu (nazwa autoryzowanego serwisu  i potwierdzenie czasu pracy 24/7) | | TAK |  |
| 3 | Oprogramowanie zarządzające systemem  i dodatkowymi funkcjami | | TAK |  |
| 4 | Auto discover systemu po włączeniu | | TAK |  |
| 5 | Sprawdzenie poprawności działania elementów systemu max co 15s | | TAK |  |
| 6 | Natychmiastowe zgłaszanie awarii elementów systemu | | TAK |  |
| 7 | Zapamiętywanie aktualnych wezwań i alarmów podczas awarii systemu | | TAK |  |
| 8 | Ponowne wyświetlanie komunikatów po przywróceniu zasilania | | TAK |  |
| 9 | Powiadomienia o awarii wysyłane przy pomocy karty telemetrycznej (SMS) | | TAK |  |
| 10 | Konstrukcja systemu uniemożliwia skasowanie alarmu w innym miejscu, niż miejsce jego wygenerowania | | TAK |  |
| 11 | System zabezpieczany zwarciowo | | TAK |  |
| 12 | Okablowanie IP/LAN lub inne (podać) | | TAK |  |
| 13 | Mikroprocesorowa centrala | | TAK |  |
|  | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny | TAK |  |
| Port RS 232 | TAK |  |
| Port USB, umożliwiający podłączenie drukarki | TAK |  |
| Zasilanie: 10,0V - 14,0V | TAK |  |
| Możliwość wyboru rodzaju wyświetlanych wezwań | TAK |  |
| 14 | Wyświetlacz korytarzowy | | TAK |  |
|  | Wymiary min. 150x280x10 mm | TAK |  |
| Źródło światła: LED | TAK |  |
| Zasilanie: 10-14V | TAK |  |
| Głośność sygnałów akustycznych min 45 do max 65 dB | TAK |  |
| Częstotliwość emitowanego dźwięku min 500 do max 2500 Hz | TAK |  |
| Sygnalizacja obecności personelu kolorem zielonym | TAK |  |
| Widoczność z odl. 20m | TAK |  |
| Wielkość liter min. 44mm | TAK |  |
| 15 | Lampka salowa | | TAK |  |
|  | Źródło światła: LED | TAK |  |
| 3-kolorowa sygnalizacja | TAK |  |
| Widoczność przy oświetleniu min. 5 max. 500 lx | TAK |  |
| Wymiary min 80x80x30mm | TAK |  |
| Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Max. czas reakcji 5s | TAK |  |
| W stanie bezczynności lampki zgaszone | TAK |  |
| Zgodność z normą DIN 0834 | TAK |  |
| 16 | Gniazdo manipulatora z manipulatorem pacjenta | | TAK |  |
|  | Wymiary gniazda min 80x80x10 | TAK |  |
| Funkcja kontroli rozłączenia | TAK |  |
| Sygnalizacja stanu działania źródłem światła | TAK |  |
| Dostępność kabli o długości min. 3m max. 5m | TAK |  |
| Sterowanie oświetleniem za pomocą manipulatora | TAK |  |
| Stopień ochrony min. IP54 | TAK |  |
| Dostosowane do montażu do płytkich puszek | TAK |  |
| 17 | Przycisk przywoławczy pociągany | | TAK |  |
|  | Wymiary gniazda min 80x80x10mm | TAK |  |
| Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Sznurek z syntetycznego polimeru | TAK |  |
| Długość sznurka: min. 2m | TAK |  |
| Sznurek (ciągło) z systemem wielokrotnego zrywania | TAK |  |
| Dostosowane do montażu do płytkich puszek | TAK |  |
| 18 | Przycisk przywoławczo-odwoławczy | | TAK |  |
|  | Wymiary gniazda min 80x80x10mm | TAK |  |
| Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Źródło światła: LED | TAK |  |
| Przyciski o wymiarach min 15x15mm | TAK |  |
| Przyciski z oznaczeniem graficznym ułatwiającym identyfikację | TAK |  |
| Przyciski zlicowane z powierzchnią elementu | TAK |  |
| Dostosowane do montażu do płytkich puszek | TAK |  |
| 19 | Przycisk przywoławczo-odwoławczy z wyświetlaczem LED | | TAK |  |
|  | Wymiary gniazda min 80x80x10 | TAK |  |
| Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Źródło światła: LED | TAK |  |
| Wyświetlacz o wymiarach min 50x15mm | TAK |  |
| Przyciski o wymiarach min 15x15mm | TAK |  |
| Przyciski z oznaczeniem graficznym ułatwiającym identyfikację | TAK |  |
| Przyciski zlicowane z powierzchnią elementu | TAK |  |
| Dostosowane do montażu do płytkich puszek | TAK |  |
| 20 | Odbiornik RFID z przyciskiem lekarskim | | TAK |  |
|  | Wymiary gniazda min 80x80x10mm | TAK |  |
| Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Źródło światła: LED | TAK |  |
| Przycisk o wymiarach min 15x15mm | TAK |  |
| Przycisk z oznaczeniem graficznym ułatwiającym identyfikację | TAK |  |
| Przycisk zlicowany z powierzchnią elementu | TAK |  |
| Dostosowane do montażu do płytkich puszek | TAK |  |
| 21 | Terminal salowy | | TAK |  |
|  | Zasilanie 10-14V | TAK |  |
| Źródło światła: LED | TAK |  |
| Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| Wyświetlacz o wymiarach min 50x15mm | TAK |  |
| Przyciski o wymiarach min 15x15mm | TAK |  |
| Przyciski z oznaczeniem graficznym ułatwiającym identyfikację | TAK |  |
| Przyciski zlicowane z powierzchnią elementu | TAK |  |
| 22 | Materiały potwierdzający oferowane parametry techniczne w języku polskim, a w przypadku wytwórcy zagranicznego w języku wytwórcy wraz z tłumaczeniem na język polski. (prospekt urządzenia, folder, katalog, instrukcja obsługi, karty techniczne itp.). Ze względów serwisowych i gwarancyjnych Zamawiający wymaga produktu powtarzalnego dostępnego na rynku bez modyfikacji lub dostosowań istniejących wyrobów do niniejszej specyfikacji. | | TAK |  |
| 23 | Gwarancja: min. 36 m-cy.  W ramach gwarancji:  - min. 2 przeglądy serwisowe w ciągu roku  (w cenie),  - wymiana części eksploatacyjnych w okresie gwarancji zalecanych przez producenta (w cenie) | | TAK |  |
| 24 | Deklaracja zgodności wytwórcy | | TAK |  |
| 25 | Rysunek techniczny producenta potwierdzający wymagane wymiary | | TAK |  |
| 26 | Nazwa serwisu i dokumenty potwierdzające autoryzację przez wytwórcę | | TAK |  |

UWAGA !

Jeżeli w dokumentacji przetargowej przy opisie przedmiotu zamówienia wskazana została nazwa producenta, znak towarowy, patent lub pochodzenie w stosunku do określonych materiałów, urządzeń, itp. Zamawiający wymaga, aby traktować takie wskazanie jako przykładowe i dopuszcza zastosowanie przy realizacji zamówienia materiałów, urządzeń, itp. równoważnych o parametrach nie gorszych niż wskazane.

**POUCZENIE:**

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

Art. 297 § 1 KODEKSU KARNEGO: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………….  pieczęć Wykonawcy | .................................................................  Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |