

## Załącznik nr 3-3 do SWZ

**Zamawiający:**

Szpital Specjalistyczny  
im. Edmunda Biernackiego  
ul. Żeromskiego 22  
39-300 Mielec  
NIP: 8171750893  
REGON: 000308637  
(pełna nazwa/firma, adres)

**Wykonawca:**

.....

.....

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

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO PARAMETRÓW

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

**sprzedaż i dostawę aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego  
im. Edmunda Biernackiego w Mielcu,  
SzS.ZP.261.76.2025**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia o poniższych parametrach:

**Grupa 3: Przystawka do biopsji przezkroczowej - 1 szt.**

| L.p.                   | Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne  | Parametr<br>Wymagany | Odpowiedź „TAK” lub<br>wymagana informacja<br>(wg kolumny „parametr<br>wymagany”) |
|------------------------|---|----------------------|---|
| 1.                     | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku   | TAK<br>(podać)       |   |
| 2.                     | Typ/model, producent, kraj  | podać                |   |
| Wymagania szczegółowe: |   |                      |   |
| 3.                     | Przystawka do biopsji przezkroczowej do głowicy CONVEX kompatybilna z posiadanym aparatem USG ARTIETTA 750 VE | TAK                  |   |

| Warunki gwarancji i serwisu: |   |   |  |
|------------------------------|---|---|--|
| 4.                           | Przeglądy wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji wraz ze wszystkimi częściami i materiałami niezbędnymi do wykonania przeglądu na koszt Wykonawcy. | TAK, podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzeń przeglądów okresowych |  |
| 5.                           | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat  | TAK   |  |
| Inne:                        |   |   |  |
| 6.                           | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem) – wersja elektroniczna i papierowa  | TAK   |  |
| 7.                           | Oznakowanie CE  | TAK   |  |
| 8.                           | Wyrób medyczny  | TAK   |  |

.....  
(podpis Wykonawcy  
lub jego uprawnionego przedstawiciela)