



**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

W odpowiedzi na publiczne ogłoszenie o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego **Znak: DA.PM.232.11.2019** na dostawę wyposażenia na potrzeby utworzenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych w ramach realizacji projektu pn. „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

.....  
pełna nazwa /firmy Wykonawcy

z siedzibą:

.....  
ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość

województwo: .....

telefon/ telefax: .....

Internet: http:// .....

e-mail: .....@.....

Nr identyfikacyjny NIP: .....

REGON: .....

Numer konta na które należy zwrócić wadium: .....

Nr KRS/CEIDG: .....

reprezentowany przez: .....

imiona, nazwiska i stanowiska osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



1. Oferujemy przyjęcie do wykonania w/w przedmiotu zamówienia, którego zakres i przedmiot określono w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (**wypełnić w części/częściach na które Wykonawca składa ofertę w wymiarze zgodnym z opisem przedmiotu zamówienia**):

w części 1 w cenie ogółem brutto:.....zł

w cenie ogółem netto:.....zł

w części 2 w cenie ogółem brutto:.....zł

w cenie ogółem netto:.....zł

2. Termin realizacji zamówienia: zgodnie z SIWZ w zależności od Części na którą Wykonawca złożył ofertę.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, w tym z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.
4. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni liczony od terminu składania ofert określonego zapisami specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Podana w ofercie cena zawiera i uwzględnia wszystkie niezbędne koszty, konieczne do prawidłowego zrealizowania przedmiotu zamówienia.
6. Oświadczamy, iż wykonamy przedmiot zamówienia w terminach określonych w SIWZ.
7. Przyjmujemy warunki płatności, które znajdują się we wzorze umowy.
8. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia - wzór umowy - Dział III SIWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



9. Oświadczamy, pod rygorem wykluczenia z niniejszego postępowania, iż wszystkie informacje zamieszczone w naszej ofercie i załącznikach do oferty są prawdziwe i zgodne z prawdą.

10. Oświadczam, iż jestem/nie jestem małym/średnim przedsiębiorcą.<sup>1</sup>

11. Zamówienie zrealizujemy osobiście/ przy udziale Podwykonawców\*. Podwykonawcom zostanie powierzone wykonanie następującego zakresu zamówienia:\*

.....  
(opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)

co stanowi .....% udział w realizacji Części ..... przedmiotu zamówienia.

12. Adres skrzynki ePUAP Wykonawcy:

.....(podać)

13. Adres skrzynki e-mail Wykonawcy do kontaktu z Zamawiającym:

.....(podać)

14. Wykonawca informuje, że (właściwie zakreślić):

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 lub usług (w zależności od przedmiotu zamówienia): \_\_\_\_\_. Wartość towaru lub usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to \_\_\_\_\_ zł netto.

<sup>1</sup> Odpowiednio skreślić.



15. Do niniejszej oferty dołączamy, jako załączniki:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4) .....
- 5) .....

....., dnia ..... 2019 r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)



**FORMULARZ CENOWY**

Dotyczy przetargu nieograniczonego **DA.PM.232.11.2019** na dostawę wyposażenia na potrzeby utworzenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych w ramach realizacji projektu pn. „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

**CZĘŚĆ I - dostawa specjalistycznego wyposażenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych**

| Nr pozycji z budżetu projektu | Przedmiot zamówienia  | Liczba sztuk | Cena jednostkowa netto | Stawka podatku VAT w % | Cena jednostkowa brutto | CAŁKOWITA CENA BRUTTO |
|-------------------------------|---|--------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 4.38                          | Symulator wysokiej wierności pacjenta dorosłego, system sterowania oraz system audio video wraz z kamerami i mikrofonem | 1            |                        |                        |                         |                       |
| 4.39                          | Symulator dziecka wysokiej wierności  | 1            |                        |                        |                         |                       |
| 4.40                          | Symulator niemowlęcia wysokiej wierności  | 1            |                        |                        |                         |                       |
| 10.93                         | Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły  | 1            |                        |                        |                         |                       |
| 10.94                         | Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecko  | 1            |                        |                        |                         |                       |
| 10.95                         | Trenażer – nauka  | 1            |                        |                        |                         |                       |

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



|        |  |   |  |  |  |  |
|--------|--|---|--|--|--|--|
|        | zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę       |   |  |  |  |  |
| 10.96  | Trenażer – dostęp donaczyniowe obwodowe        | 3 |  |  |  |  |
| 10.97  | Trenażer – dostęp doszpikowy                   | 1 |  |  |  |  |
| 10.98  | Trenażer iniekcje domięśniowe                  | 2 |  |  |  |  |
| 10.99  | Trenażer – iniekcje śródskórne                 | 2 |  |  |  |  |
| 10.100 | Trenażer – cewnikowanie pęcherza/wymienny      | 1 |  |  |  |  |
| 10.101 | Trenażer - badanie gruczołu piersiowego        | 2 |  |  |  |  |
| 10.102 | Trenażer – konikotomia                         | 1 |  |  |  |  |
| 10.103 | Fantom noworodka pielęgnacyjny                 | 1 |  |  |  |  |
| 10.104 | Fantom noworodka do nauki dostępu naczyniowego | 1 |  |  |  |  |
| 10.105 | Fantom wcześniaka                              | 1 |  |  |  |  |
| 10.106 | Model pielęgnacji stomii                       | 1 |  |  |  |  |
| 10.107 | Model pielęgnacji ran                          | 1 |  |  |  |  |
| 10.108 | Model pielęgnacji ran odleżynowych             | 1 |  |  |  |  |

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



|             |  |   |  |  |  |  |
|-------------|--|---|--|--|--|--|
| 10.109      | Model do zakładania zgłębnika                        | 1 |  |  |  |  |
| 9.76        | Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta dorosłego | 2 |  |  |  |  |
| 9.75        | Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego | 1 |  |  |  |  |
| 8.70        | Fantom BLS dorosłego                                 | 2 |  |  |  |  |
| 8.73        | Defibrylator automatyczny – treningowy AED           | 2 |  |  |  |  |
| 8.72        | Fantom BLS niemowlęcia                               | 2 |  |  |  |  |
| 8.71        | Fantom BLS dziecka                                   | 2 |  |  |  |  |
| 7.64        | Zaawansowany fantom ALS osoby dorosłej               | 1 |  |  |  |  |
| 7.65        | Zaawansowany fantom PALS dziecka                     | 1 |  |  |  |  |
| 7.66        | Zawansowany fantom PALS niemowlę                     | 1 |  |  |  |  |
| <b>SUMA</b> |  |   |  |  |  |  |

..... (miejsowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis)

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



**Część 2. Dostawa sprzętu komputerowego i audio-video**

| Nr pozycji z budżetu projektu | Przedmiot zamówienia   | Liczba sztuk | Cena jednostkowa netto | Stawka podatku VAT w % | Cena jednostkowa brutto | CAŁKOWITA CENA BRUTTO |
|-------------------------------|--|--------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 4.41                          | Stanowisko sterowania Sali Pielęgniarskiej Wysokiej Wierności  | Zestaw       |                        |                        |                         |                       |
| 5.55                          | Zestaw wyposażenia pomieszczenia kontrolnego   | zestaw       |                        |                        |                         |                       |
| 4.54                          | Zestaw wyposażenia prezentacyjnego i komunikacyjnego   | zestaw       |                        |                        |                         |                       |
| 6.57                          | System audio video do pracowni egzaminów OSCE  | zestaw       |                        |                        |                         |                       |
| 6.59                          | Stanowisko komputerowe do sali egzaminacyjnej OSCE – stanowisko sterowania z systemem rejestracji audio video na potrzeby debriefingu oraz archiwizacji egzaminów OSCE | Zestaw       |                        |                        |                         |                       |
| 6.62                          | Zestaw wyposażenia prezentacyjnego i komunikacyjnego do Sali egzaminacyjnej OSCE   | Zestaw       |                        |                        |                         |                       |

Beneficjent:  
Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku  
Partner projektu: Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



|             |
|-------------|
| <b>SUMA</b> |
|-------------|

..... (*miejsowość*), dnia ..... r.

.....  
(*podpis*)

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „**Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku**”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI  
DO GRUPY KAPITAŁOWEJ W TRYBIE ART. 24 UST. 11  
USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Przystępując do przetargu nieograniczonego przetargu nieograniczonego DA.PM.232.11.2019 na dostawę wyposażenia na potrzeby utworzenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych w ramach realizacji projektu pn. „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oświadczam, iż

przynależę/nie przynależę\* do grupy kapitałowej.

data: .....

.....  
(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić.

Zgodnie z art. 24 ust. 11 ustawy Pzp Wykonawca, w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o których mowa w art. 86 ust. 5 ustawy, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy. Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Beneficjent:  
Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku  
Partner projektu: Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**Załącznik nr 5**

.....  
*(nazwa Podmiotu, na zasadach którego polega Wykonawca)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU TRZECIEGO**  
**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.**

Ja .....  
*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu)*

**Działając w imieniu i na rzecz:**

.....  
*(nazwa Podmiotu)*

**Zobowiązuje się do oddania n.w. zasobów na potrzeby wykonania zamówienia:**

.....  
*(określenie zasobu – wiedza i doświadczenie)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

.....  
*(nazwa Wykonawcy)*

**w trakcie wykonywania zamówienia**

1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów

.....

2) sposób wykorzystania moich zasobów, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego,

.....

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



3) zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego,

.....

4) będę/ nie będę brał udział/u w realizacji usług,

.....

data.....

.....

*(podpis)*

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 7

Informacja o pozacenowym kryterium oceny ofert w postępowaniu DA.PM.232.11.2019 na dostawę wyposażenia na potrzeby utworzenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych w ramach realizacji projektu pn. „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

UWAGA: W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA NIE ZAZNACZY ŻADNEJ RUBRYKI OTRZYMA W PRZEDMIOTYOM KRYTERIUM „0 PKT”  
(\*należy wstawić literę „X” w odpowiedniej rubryce)

Część 1

| Oświadczam, iż wydłużamy 24 miesięczną gwarancję jakości na dostawę objętą przedmiotem zamówienia: |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| o 1 rok  | o 2 lata                 | o 3 lata                 |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Oświadczam, iż przeprowadzimy, w odniesieniu do zaoferowanego sprzętu: |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 przegląd techniczny na rok   | 2 przeglądy techniczne na rok | 3 przeglądy techniczne na rok |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

Beneficjent:  
Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku  
Partner projektu: Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

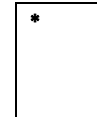
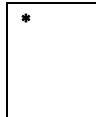


Oświadczam, iż gwarantujemy maksymalny czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii

72 godziny

48 godzin

24 godziny



data.....

.....

*(podpis)*

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



### Część 2

| Oświadczam, iż wydłużamy 24 miesięczną gwarancję jakości na dostawę objętą przedmiotem zamówienia: |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| o 1 rok  | o 2 lata                 | o 3 lata                 |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Oświadczam, iż przeprowadzimy, w odniesieniu do zaoferowanego sprzętu: |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 przegląd techniczny na rok   | 2 przeglądy techniczne na rok | 3 przeglądy techniczne na rok |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

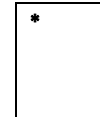
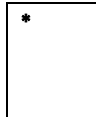


Oświadczam, iż gwarantujemy maksymalny czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii

72 godziny

48 godzin

24 godziny



data.....

.....

*(podpis)*

Beneficjent:  
**Państwowa Wyższa Szkoła  
Zawodowa w Płocku**, Pl. Dąbrowskiego 2  
09-402 Płock, Telefon: 24 366 54 00  
Adres e-mail: csm@pwszplock.pl

Projekt pn.: „Symulacje medyczne drogą do poprawy jakości kształcenia na kierunku  
Pielęgniarstwo w PWSZ w Płocku”

Lider projektu: **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku**  
Partner projektu: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock**