ANEXO I

(A incluir en el "Sobre A": Documentación administrativa)

HOJA RESUMEN DE DATOS DE LA EMPRESA LICITADORA

Don/Doña:

con DNI número:

con domicilio en:

en nombre propio o en representación de la licitadora (*táchese lo que no proceda*):

con NIF:

con domicilio en:

DECLARA:

Que, a efectos de notificaciones, subsanación de defectos materiales de la documentación presentada por la empresa y notificaciones en caso de reclamación en materia de contratación ante el Tribunal Administrativo de Contratos Públicos de Navarra, en relación con el presente procedimiento de contratación, rogamos contacte con D./Dª: ....., DNI: ....., en la siguiente dirección electrónica única:

- Dirección de correo electrónico (e-mail): .....

En ..... a ..... de ..... de 2019

Firma

ANEXO II

(A incluir en el "Sobre A": Documentación administrativa)

RELACIÓN DE LOTES A LOS QUE SE OFERTA

D/Dña. ..... con DNI ..... y domicilio en ..... calle ....., actuando en nombre propio o en representación de (táchese lo que no proceda) .... con NIF ..... y domicilio en ..... calle.....

DECLARA bajo su responsabilidad que enterado del anuncio publicado para la contratación del suministro **de Equipos médicos para diversos Servicios** del Complejo Hospitalario de Navarra, dependiente del SNS-0 **(CHN-OT01/2019)**, presenta oferta a los siguientes lotes:

LOTES	DENOMINACIÓN DE LOS EQUIPOS	PRESENTA OFERTA SI/NO
1	Estimulador magnético transcraneal	
2	Mesa quirúrgica	

En ..... a ..... de ..... de 2019

Firma

ANEXO III

(A incluir en el "Sobre A": Documentación administrativa)

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Doña:
con DNI número:
con domicilio en:
en nombre propio o en representación de *(táchese lo que no proceda)*:
con NIF:
con domicilio en:

DECLARA bajo su responsabilidad:

1. Que la empresa cumple las condiciones exigidas para contratar respecto a la acreditación de la personalidad jurídica del contratista y, en su caso, su representación.
2. Que la empresa reúne todas y cada una de las condiciones exigidas para contratar con la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, no estando incursa en prohibición de contratar con la Administración, conforme al artículo 22 de la Ley Foral 2/2018, de 13 de abril, de Contratos Públicos.
3. Que la empresa reúne las solvencias económicas y financieras, técnicas o profesionales, exigidas en los apartados 6.1 y 6.2 del Cuadro de Características.
4. Que la empresa: *(Marque la casilla que corresponda)*
   ☐ Se halla al corriente en el pago del Impuesto de Actividades Económicas y no se ha dado de baja en la matrícula del citado impuesto.
   ☐ Está exenta del pago del Impuesto de Actividades Económicas, conforme a la normativa de aplicación.
5. Que la empresa: *(Marque la casilla que corresponda)*
   ☐ Se halla al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias con las Administraciones Tributarias distintas de la Hacienda Foral de Navarra de las que sea sujeto pasivo el licitador.
   ☐ No está obligada a la presentación de declaraciones tributarias.
6. Que la empresa: *(Marque la casilla que corresponda)*
   ☐ Se halla al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias con la Hacienda Tributaria de Navarra.
   ☐ No está obligada a la presentación de declaraciones por ningún concepto tributario en dicha hacienda.
7. Que la empresa: *(Marque la casilla que corresponda)*
   ☐ Se halla al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones de Seguridad Social o
   ☐ No está obligada a estar inscrita en la Seguridad Social.
8. Que emplea a: *(Marque la casilla correspondiente)*:
   ☐ Menos de 50 trabajadores
   ☐ 50 ó más trabajadores y *(Marque la casilla correspondiente)*:
      ☐ Cumple con la obligación de que entre ellos, al menos, el 2% sean trabajadores discapacitados, establecida por el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 noviembre.
      ☐ Cumple las medidas alternativas previstas en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva a favor de trabajadores con discapacidad.
9. Que se halla al corriente en el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales impuestas por las disposiciones vigentes.

10. Que la empresa se somete a la jurisdicción de los juzgados y tribunales españoles de cualquier orden, para todas las incidencias con renuncia al fuero jurisdiccional que pueda corresponderle, en el caso de empresas extranjeras.

Esta información es exacta y veraz y ha sido facilitada con pleno conocimiento de las consecuencias de carácter grave de una falsa de declaración.

Lugar, fecha y firma.

A efectos del cumplimiento por el órgano de contratación de las obligaciones de transparencia recogidas en la Ley Foral de Contratos Públicos se debe dar respuesta a lo siguiente:

¿Es la entidad licitadora una microempresa, una pequeña o una mediana empresa?

SI: ☐ NO: ☐

ANEXO IV

(A incluir en el "Sobre B": Proposición relativa a Criterios No Cuantificables mediante fórmulas)

RELACIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE ASOCIADO AL EQUIPAMIENTO OFERTADO

OBJETO DEL CONTRATO

LOTE

EMPRESA

	(tache lo que no proceda)
¿Necesita material fungible para su funcionamiento?	SI / NO
En su caso, consumo de unidades por tratamiento / año	
¿Es dicho material exclusivo del equipamiento ofertado?	SI / NO
¿Es dicho material exclusivo de la empresa licitadora?	SI / NO
¿Es posible la reutilización de dicho material fungible?	SI / NO

Indicar los materiales fungibles asociados al equipamiento ofertado:

MATERIAL FUNGIBLE	REFERENCIA COMERCIAL	EAN	PRESENTACIÓN / ENVASE (caja, bolsa, ...)	UNIDADES POR ENVASE

ANEXO V

(A incluir en el "Sobre C": Proposición relativa a Criterios Cuantificables mediante fórmulas)

MODELO DE PROPOSICIÓN ECONÓMICA Y PLAZO DE GARANTÍA

D/Doña ..... con DNI..... y domicilio en ..... calle ....., actuando en nombre propio o en representación de (táchese lo que no proceda)..... ..... con NIF ..... y domicilio en ..... calle ..... teléfono ....., enterado del anuncio publicado para la contratación por procedimiento abierto y adjudicación a la oferta más ventajosa en su conjunto, del contrato de **Equipos Médicos para diversos Servicios del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN-OT01-2019)**, acepta incondicionalmente el Pliego Regulador del Contrato que rige esta contratación y se compromete a ejecutar el contrato con estricta sujeción a los expresados requisitos y condiciones por la cantidad anual, **IVA excluido**, que a continuación se indica:

LOTE	DENOMINACIÓN DE LOS EQUIPOS	IMPORTE TOTAL DEL LOTE € (IVA excluido)
1	Estimulador magnético transcraneal	
2	Mesa quirúrgica	

El Plazo de **Garantía** que se ofrece es el que a continuación se indica:

LOTE	DENOMINACIÓN DE LOS EQUIPOS	PLAZO DE GARANTÍA (en Años)
1	Estimulador magnético transcraneal	
2	Mesa quirúrgica	

Lugar, fecha, y firma del licitador

ANEXO VI

(A incluir en el "Sobre C": Proposición relativa a Criterios Cuantificables mediante fórmulas)

RELACIÓN DEL "MATERIAL FUNGIBLE" ASOCIADO AL EQUIPAMIENTO OFERTADO, CON INDICACIÓN DE LOS PRECIOS Y SU IVA CORRESPONDIENTE

OBJETO DEL CONTRATO
LOTE
EMPRESA

(tache lo que no proceda)

¿Necesita material fungible para su funcionamiento? SI / NO
En su caso, consumo de unidades por tratamiento / año
¿Es dicho material exclusivo del equipamiento ofertado? SI / NO
¿Es dicho material exclusivo de la empresa licitadora? SI / NO
¿Es posible la reutilización de dicho material fungible? SI / NO

Indicar los materiales fungibles asociados al equipamiento ofertado:

MATERIAL	REFERENCIA COMERCIAL	EAN	PRESENTACIÓN / ENVASE (caja, bolsa, ...)	UNIDADES POR ENVASE	PRECIO POR PRESENTACIÓN (IVA incluido)	% IVA

ANEXO VII
(A incluir en el "Sobre C": Proposición relativa a Criterios Cuantificables mediante fórmulas)

RELACIÓN DE LOS PRINCIPALES "REPUESTOS" ASOCIADOS AL EQUIPAMIENTO OFERTADO, INCLUYENDO LAS BATERÍAS EN LOS EQUIPOS QUE LAS REQUIERAN, CON INDICACIÓN DE LOS PRECIOS

OBJETO DEL CONTRATO
LOTE
EMPRESA

Indicar los principales repuestos asociados al equipamiento ofertado:

EQUIPAMIENTO	NOMBRE REPUESTO	REFERENCIA COMERCIAL	PRECIO (IVA incluido)	% IVA

ANEXO VIII

(A incluir en el "Sobre C": Proposición relativa a Criterios Cuantificables mediante fórmulas)

Centros especiales de empleo sin ánimo de lucro o Centros especiales de empleo de iniciativa social o Empresas de Inserción.

CARTA COMPROMISO.

D/Dña. ..... con DNI .....
y domicilio en ..... calle ....., actuando en representación de ..... con NIF ..... y domicilio en ..... calle.....

Se compromete a llevar a cabo la acción que a continuación se detalla con la empresa (nombre del licitador):

Transporte desde el Almacén o similar de la empresa ofertante hasta el Almacén u otro local (que se indique por la propiedad) del Hospital y descarga ☐

FDO.: POR EL LICITADOR

FDO.: POR EL CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO O EMPRESA DE INSERCIÓN

ANEXO IX

INSTRUCCIONES PARA CONSTITUIR LA GARANTÍA DEFINITIVA

I. Instrucciones para constituir la garantía mediante AVAL BANCARIO:

- Los impresos e instrucciones para la formalización del Aval están disponibles en la dirección: http://www.navarra.es/home_es/Servicios/Recursos/Impresos+de+Tesoreria.htm
- El Aval se depositará en la Sección de Tesorería del Departamento de Hacienda y Política Financiera del Gobierno de Navarra y le entregarán dos resguardos del depósito (uno para 'el depositante' y otro para 'el centro gestor').
- Entregar el ejemplar del depósito 'para el centro gestor' en la Unidad de Oficina Técnica del CHN.

II. Para constituir la garantía en METÁLICO:

1. Entrar en la siguiente dirección de Internet, eligiendo el modelo que proceda:
   - Persona jurídica: https://hacienda.navarra.es/IngresosNoTributarios/frm705.aspx?cn=1900011101
   - Persona física: https://hacienda.navarra.es/IngresosNoTributarios/frm705.aspx?cn=1900012101
   - Personas extranjeras: https://hacienda.navarra.es/IngresosNoTributarios/frm705.aspx?cn=1900013101
2. Nos encontramos con la Carta de Pago (705), para cumplimentar datos.
3. Después de cumplimentar el impreso, CLICAR en 'ENVIAR' y se generará la carta de pago, visualizando en pantalla el número de carta de pago presentada con éxito.
4. Para el pago:
   - Si desea realizar el pago en metálico personalmente en su entidad financiera, pulsar 'IMPRIMIR' obteniendo la carta de pago por triplicado, para su presentación y abono en la citada entidad.
   - Si desea realizar el pago de forma Telemática, y su empresa puede hacerlo (se requiere certificado de identidad CERES) pulsar 'PAGAR TELEMÁTICAMENTE'.
5. Comunicar a la Unidad de Oficina Técnica del CHN que ha realizado el ingreso de forma telemática o entregar el resguardo del banco en dicho Servicio.

ENCUESTAS CRITERIOS DE VALORACIÓN DE "JUICIOS DE VALOR" (SOBRE B)

LOTE 1: ESTIMULADOR MAGNÉTICO TRANSCRANEAL	DATOS TÉCNICOS JUSTIFICATIVOS DEL CRITERIO A VALORAR	LOCALIZACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PRESENTADA
Calidad "Juicios de valor" (SOBRE B)		
Facilidad de programación de las pruebas.		
Facilidad para calcular los resultados del tiempo de conducción central.		

LOTE 2: MESA QUIRÚRGICA	DATOS TÉCNICOS JUSTIFICATIVOS DEL CRITERIO A VALORAR	LOCALIZACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PRESENTADA
Calidad "Juicios de valor" (SOBRE B)		
Columna:		
Características técnicas de la estructura (materiales y robustez), motores (diseño y situación) y baterías (mantenimiento y autochequeo)		
Funciones de la mesa (no exigidas) y que mejoren su funcionamiento		
Características y funciones de los mandos (resistencia a los golpes y diseño)		
Características físicas de la base de la columna (forma y materiales)		
Tablero:		
Calidad de los materiales del tablero (excepto colchonetas) y ergonomía de los sistemas de anclajes		
Características y calidad de las colchonetas (espesor, densidad, otros)		
Carro:		
Funciones y Ergonomía.		

ENCUESTAS CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS "FÓRMULAS OBJETIVAS" (SOBRE C)

LOTE 1: ESTIMULADOR MAGNÉTICO TRANSCRANEAL	VALOR PARÁMETRO o SÍ/NO	LOCALIZACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PRESENTADA

Calidad "Fórmulas Objetivas" (SOBRE C)

Software: ¿Se pueden realizar las siguiente técnicas?

- Técnica de triple estímulo ¿Sí o No?
- Umbral de reposo motor ¿Sí o No?
- Umbral de actividad motora ¿Sí o No?
- Tiempo de conducción central ¿Sí o No?
- Período de silencio cortical ¿Sí o No?
- Mapeo motor ¿Sí o No?

Posibilidad de ampliación a Sistema de estímulos pareados con una bobina o con dos bobinas para estimulación inter-hemisférica ¿Sí o No?

Tiempo de carga hasta el 100% de potencia de salida, en segundos

Bobinas:

- Bobina circular de 90mm: ¿Dispone de conexión directa al estimulador (sin adaptador)? ¿Sí o No?
- Bobina de doble cono: ¿Dispone de conexión directa al estimulador (sin adaptador)? ¿Sí o No?

LOTE 2: MESA QUIRÚRGICA	VALOR PARÁMETRO o SÍ/NO	LOCALIZACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA PRESENTADA

Calidad "Fórmulas Objetivas" (SOBRE C)

Columna:

- Capacidad de carga de la mesa, en Kgs
- Cargador integrado en columna ¿Sí o No?
- Reconocimiento orientación tablero ¿Sí o No?

Tablero:

- Número de movimientos eléctricos (indicar cada uno de ellos)
- Altura máxima (sin acolchados), en milímetros
- Altura mínima (sin acolchados), en milímetros
- Desplazamiento longitudinal, en milímetros
- Recorrido respaldo inferior, en grados
- Recorrido de las perneras en vertical, indicar el rango en grados
- Recorrido abducción perneras, indicado en grados