# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 37/Med./2013**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO WG. PAKETÓW 1-10**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn. zm.), zwanej dalej również PZP oraz przepisów wykonawczych do PZP

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO POWYŻEJ 130 000 EURO**

**(art. 10 ust. 1 oraz art. 39-46 PZP)**

Wykonawcą może być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna,

nieposiadająca osobowości prawnej oraz podmioty te występujące wspólnie.

Podmioty występujące wspólnie ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia.

**Zatwierdził:**

dnia .................2013r. ……................................................

podpis i pieczęć Kierownika

Zamawiającego lub osoby upoważnionej

**ZAMAWIAJĄCY:** 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką   
 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. Weigla 5 ( 4WSKzP SP ZOZ )

[**http://www.4wsk.pl**](http://www.4wsk.pl)

**INFORMACJE OGÓLNE**

* Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca.
* Na podstawie art. 27 ust.1 PZP Zamawiający dopuszcza porozumiewanie się oprócz formy pisemnej również w formie faksu, o ile SIWZ nie stanowi inaczej, z tym jednak zastrzeżeniem, że wnioski, oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje przesłane tą drogą należy jednocześnie potwierdzić pisemnie.
* W sprawach nieuregulowanych w SIWZ pierwszeństwo mają przepisy PZP i aktów wykonawczych do PZP.

**Rozdział I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Zamówienie obejmuje **dostawęsprzętu medycznego wg. pakietów 1-10.**
2. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert równoważnych (oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wszelkie wymagania Zamawiającego o wszystkich parametrach nie gorszych niż te określone w SIWZ, tzn. takich, które gwarantują zachowanie tych samych norm, parametrów i standardów), jeżeli z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że przedmiot zamówienia określony został poprzez wskazanie znaku towarowego, pochodzenia lub patentu oraz w zakresie wskazanym w art. 30 ust. 1-3 PZP.

Jeżeli Wykonawca powoła się na rozwiązania równoważne to zgodnie z art. 30 ust. 5 PZP, jest zobowiązany wykazać, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi Zamawiającego poprzez załączenie do oferty dokumentów potwierdzających ten stan rzeczy wydanych przez podmioty niezależne np. Ekspertyz Rzeczoznawczych.

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
2. **Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.**
3. Zamawiający nie przewiduje zamówienia uzupełniającego, o którym mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 PZP.
4. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
5. Przedmiot zamówienia został opisany w rozdziale **V SIWZ** oraz w **załączniku nr 2 i 2a**do niniejszej SIWZ.
6. Szczegółowe zasady podpisania, realizacji umowy oraz jej zakończenia zawarte są we wzorze umowy - **załącznik nr 3 do SIWZ**.

Rozdział II. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca obowiązany jest przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami SIWZ.

1. Każdy Wykonawca (lub podmioty występujące wspólnie) może złożyć tylko jedną ofertę, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Złożenie przez jednego Wykonawcę lub podmioty występujące wspólnie, więcej niż jednej oferty lub oferty zawierającą rozwiązania alternatywne spowoduje jej odrzucenie.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość powierzenia przez Wykonawcę wykonania części lub całości zamówienia podwykonawcom. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w swojej ofercie części zamówienia (zakresu), których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom ( załącznik nr 1).
3. Osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnik muszą złożyć podpisy:
4. na wszystkich stronach (zapisanych) oferty,
5. na załącznikach,
6. w miejscach, w których Wykonawca naniósł zmiany.
7. Upoważnienie do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile upoważnienie nie wynika z innych dokumentów dołączonych do oferty (odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej).
8. W przypadku gdy wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.
9. Wymagane dokumenty należy przedstawić w formie oryginałów albo kserokopii.
10. Dla uznania ważności, oferta musi zawierać: wszystkie wymagane w SIWZ dokumenty lub poświadczone za zgodność z oryginałem ich kopie oraz oświadczenia wynikające z jej treści (Rozdz. IV). Poświadczenie musi być opatrzone imienną pieczątką i podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy, datą i opatrzone klauzulą „za zgodność z oryginałem”.
11. Zamawiający zażąda przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez wykonawcę kserokopia dokumentów jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości, a Zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
12. Ofertę należy sporządzić w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności (zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 PZP).
13. Wszystkie dokumenty i oświadczenia oraz inne materiały informacyjne w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone i poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
14. Oferta powinna być sporządzona w formie pisemnej przy użyciu nośników pisma nie ulegającego usunięciu bez pozostawienia śladów.
15. Załączniki do SIWZ stanowiące integralna część SIWZ, Wykonawca zobowiązany jest złożyć w ofercie, pod rygorem odrzucenia oferty.
16. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę. Poprawki cyfr i liczb należy pisać wyrazami.
17. Do oferty należy załączyć **spis treści.**
18. Wszystkie strony oferty należy ponumerować, trwale spiąć i ostemplować pieczątką firmową lub imienną (dotyczy stron zapisanych oraz wszelkich załączników ).
19. Dokumenty i informacje składane w trakcie postępowania stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w myśl art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (tj. Dz. U. z 2003r. nr 153 poz. 1503 z późn. zm.), które nie mogą być udostępniane - powinny być oznaczone klauzulą: „nie udostępniać innym uczestnikom postępowania informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji” i załączone jako odrębna część nie złączona z ofertą w sposób trwały. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4. PZP.
20. Kopertę należy zaadresować:

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

50 – 981 WROCŁAW ul. Weigla 5

„Przetarg nieograniczony”

NIE OTWIERAĆ W KANCELARII ”

## Znak sprawy 37/Med./2013

***„Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg. pakietów 1-10”***

nie otwierać przed dniem **29.05.2013r.** godz. 1100

Ilość stron ..... (określić, ile stron znajduje się w kopercie)

**ROZDZIAŁ III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

**1.Wykażą brak podstaw do wykluczenia, na podstawie art. 24 PZP.**

**2. Spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w art. 22 ust 1 PZP:**

Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Za spełnienie wymogu Zamawiający uzna posiadanie przez wykonawcę środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości **min. 1 127 000,00 zł** (słownie: jeden milion sto dwadzieścia siedem tysięcy złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b PZP.). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości (zł):

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet 1 | 60 000,00 |
| Pakiet 2 | 6 000,00 |
| Pakiet 3 | 16 000,00 |
| Pakiet 4 | 55 000,00 |
| Pakiet 5 | 32 000,00 |
| Pakiet 6 | 17 500,00 |
| Pakiet 7 | 5 500,00 |
| Pakiet 8 | 320 000,00 |
| Pakiet 9 | 175 000,00 |
| Pakiet 10 | 440 000,00 |

Wykonawcy składający ofertę na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów w których chcą uczestniczyć, np. Wykonawca składający ofertę na Pakiet 1 i 2 powinien wykazać się posiadaniem środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości min. 66 000,00 zł (60 000,00 zł + 6 000,00 zł).

**3. Sposób dokonywania oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu:**

Ocena spełniania ww. warunków dokonana zostanie w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w ROZDZIALE IV PKT 1 SIWZ według formuły "spełnia - nie spełnia”.

**ROZDZIAŁ IV. WYKAZ :**

**1. DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIENIE PODMIOTOWYCH WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają odpowiednio przepisy Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. U. z 19 lutego 2013r., poz. 231) zwane dalej Rozporządzeniem.

**1) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia:**

* 1. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**,** sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
  2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji w celu wskazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust 1 pkt. 2 PZP, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  3. aktualne informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 –11 PZP wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

1. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5, albo oświadczenie o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SIWZ.

**2) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu:**

1. oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 PZP, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
2. informację banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej potwierdzającą wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy (spełnienie warunku określonego Rozdział III pkt 2 SIWZ) wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

**3) Wykonawca, w zakresie wskazanym przez Zamawiającego**, zobowiązany jest wykazać nie później niż na dzień składania ofert, spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 PZP, oraz brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 PZP (art. 26 ust. 2a PZP).

**4) Wykonawca może polegać** na zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował środkami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych środków na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia (art. 26 ust. 2b PZP).

**5) Jeżeli z uzasadnionej przyczyny Wykonawca** nie może przedstawić dokumentów, dotyczących sytuacji finansowej i ekonomicznej wymaganych przez Zamawiającego, może przedstawić inny dokument, który w wystarczający sposób potwierdza spełnianie opisanego przez Zamawiającego warunku (art. 26 ust. 2c PZP).

**6)** **Wykonawcy mogą wspólnie** ubiegać się o udzielenie zamówienia (art. 23 ust. 1 PZP). Za podmioty występujące wspólnie uważa się spółki cywilne oraz konsorcja. W tym przypadku Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika (art. 23 ust. 2 PZP). Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie niniejszego zamówienia ponoszą solidarną odpowiedzialność względem Zamawiającego za należyte wykonanie umowy oraz żaden z Wykonawców nie może podlegać wykluczeniu. Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia składają jedną ofertę, przy czym:

1. wymagane oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
2. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt2) i Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie,

**7)** **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. b i c SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

1. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
3. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 – 8, 10 i 11 PZP - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów wskazanych Wykonawca składa dokument zawierający oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy, złożone przed właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem – wystawione z odpowiednią datą wymaganą dla tych dokumentów.

**2. DOKUMENTÓW PRZEDMIOTOWYCH:**

Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Dokładny opis **oferowanego przedmiotu zamówienia**, potwierdzający spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, itp. w języku polskim) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP).

Jednocześnie należy **w Załączniku nr 2a** do SIWZ podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć (np. zakreślaczem) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

1. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679), Zamawiający żąda ważnych i aktualnych na dzień otwarcia ofert dokumentów wskazujących na dopuszczenie do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikującą (jeżeli dotyczy) oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Rejestru Wyrobów Medycznych ze szczegółowym opisem:
   * Wykonawca zobowiązany jest, aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu

Lub

* + Wykonawca złoży odrębne pismo potwierdzające złożenie wniosku poświadczone przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Dokumenty wymienione w niniejszym Rozdziale należy ułożyć chronologicznie, poszczególnymi zadaniami, narastająco produktami oraz opisać dodatkowo, której pozycji dotyczą.

**UWAGA ! Zamawiający prosi o dostarczenie wraz z ofertą Załącznika nr 2 i 2a również w formacie \*.doc lub \*.xls na płycie CD.**

**3. POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**

1. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit.b. SIWZ.
2. Wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego wg. pakietów 1-10:**

**Pakiet 1 – Stół operacyjny otolaryngologiczny – 1 szt.**

**Pakiet 2 – Podgrzewacz do płynów infuzyjnych – 1 szt.**

**Pakiet 3 – Cieplarka – 3 szt.**

**Pakiet 4 – Kardiomonitor transportowy – 2 szt.**

**Pakiet 5 – Materac przeciwodleżynowy podstawowy – 8 szt.**

**Pakiet 6 – Materac przeciwodleżynowy zaawansowany – 2 szt.**

**Pakiet 7 - Cieplarka – 1 szt.**

**Pakiet 8 – Aparat do znieczulenia ogólnego – 2 szt.**

**Pakiet 9 – Aparat USG ginekologiczne – 1 szt.**

**Pakiet 10 – Stół operacyjny ortopedyczny – 1 szt.**

**Kody CPV: 33192230-3; 33190000-8; 33172100-7; 33112200-0; 33186200-9; 33123210-3**

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:**

**Pakiety 1-7: dostawa do 6 tygodni od daty zawarcia umowy,**

**Pakiety 8-10: dostawa do 8 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

**Rozdział VII. WARUNKI WPŁATY I ZWROTU WADIUM.**

**1. Obowiązek wpłaty wadium**

**Oferta musi być zabezpieczona wadium. Zamawiający zatrzyma wadium, jeżeli wystąpią przesłanki wymienione w art.46 ust. 4a i 5 PZP.**

**Wadium musi obejmować cały okres związania ofertą.**

**Wykonawca, który nie zabezpieczy oferty akceptowalną formą wadium, zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania.**

Przystępując do przetargu na całość przedmiotu zamówienia wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: 20 830,00 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy osiemset trzydzieści złotych, 00/100) - dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet 1 | 1 100,00 |
| Pakiet 2 | 130,00 |
| Pakiet 3 | 250,00 |
| Pakiet 4 | 1 000,00 |
| Pakiet 5 | 600,00 |
| Pakiet 6 | 350,00 |
| Pakiet 7 | 100,00 |
| Pakiet 8 | 6 000,00 |
| Pakiet 9 | 3 200,00 |
| Pakiet 10 | 8 100,00 |

Wykonawcy składający ofertą na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów w których chcą uczestniczyć, np. Pakiet 1 i 2 powinien wnieść wadium w wysokości: 1 230,00 zł (1 100,00 zł + 130,00 zł) – dotyczy formy przelewu na rachunek Zamawiającego.

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **29.05.2013r.** godz. **10:00**

**2. Forma wpłaty wadium**.

2.1 Wadium może być wnoszone w następujących formach:

1. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
2. gwarancjach bankowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie),
3. gwarancjach ubezpieczeniowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)
4. lub poręczeniach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy PZP (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
5. przelewem na rachunek Zamawiającego - środki finansowe powinny wpłynąć na konto Zamawiającego do **29.05.2013r.** do godz. **10:00 pod rygorem wykluczenia z postępowania.**

**Bank Gospodarstwa Krajowego O/Wrocław**

**07 1130 1033 0018 7991 8520 0007**

**z zaznaczeniem:**

***,,Wadium w przetargu na dostawę sprzętu medycznego wg. pakietów 1-10****”,*

***znak sprawy 37/Med./2013”***

***UWAGA: pierwsza sesja księgowania w Banku Gospodarstwa Krajowego O/Wrocław – prowadzącym rachunek Zamawiającego odbywa się po godz. 10.00***

2.2 Do oferty należy dołączyć oryginał dowodu wpłaty wadium (przelew) lub wygenerowane elektroniczne potwierdzenie wykonania przelewu (dokument sporządzony na podstawie art.7 Ustawy Prawo Bankowe (Dz. U. nr 72 z 2002 roku, poz. 665 z późn. zm.) – nie wymagający podpisu ani stempla).

2.3 W przypadku wnoszenia wadium przez Wykonawcę w innych formach, oryginał dokumentu potwierdzającego wniesienie wadium należy złożyć do depozytu u Głównego Księgowego Szpitala (**KASA SZPITALNA – Budynek Administracji Ogólnej**) a **kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem dołączyć do oferty.**

**UWAGA!**

**Złożenie dokumentu wadialnego w innym miejscu i błędnej formie może spowodować zastosowanie sankcji wynikającej z art. 24 ust. 2 pkt. 2 ustawy PZP.**

* 1. Zwrot wadium lub ewentualne ponowne jego wniesienie regulują przepisy art. 46 i art. 184 PZP.

**Rozdział VIII. OPIS KRYTERIÓW OCENY OFRT I SPOSÓB DOKONYWANIA**

**ICH OCENY**

**1. Kryteria wyboru ofert i ich znaczenie:**

Przy wyborze oferty Zamawiający kierował się będzie jednym kryterium – **cena (cena brutto).**

Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana ofertą z najniższą ceną.

Cena oferty zostanie przeliczona na wartości punktowe, uwzględniając wagę kryterium cena = 100% i stosując wzór:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

1. **Zasady wyboru oferty i udzielenia zamówienia**

Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta:

* odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w PZP,
* jest zgodna z treścią SIWZ,
* została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane kryterium wyboru.

**Rozdział IX. ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

Przedmiotowo istotne elementy umowy (essentialia negotii) związane ze sposobem realizacji zamówienia, warunkami umowy zawiera **Załącznik 3,** w którym należy wypełnić wszystkie miejsca wykropkowane z wyjątkiem numeru umowy, daty jej zawarcia i złożyć wraz z ofertą (pod rygorem odrzucenia oferty). Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

Oprócz przesłanek wymienionych w art. 144 ust. 1 PZP Zamawiający przewiduje następujący zakres zmian w umowie, które będą mogły być wprowadzone w formie aneksu:

1. Wszystkie wartości netto określone przez Wykonawcę są ustalone na okres ważności umowy i nie wzrosną. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu w przypadku, gdy wartości netto przedmiotu umowy obniżą się, przy czym konsekwencje rachunkowe stosuje się odpowiednio.
2. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa. Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów umowy w formie aneksu w przypadku zmiany stawki podatku VAT. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji. Strony ustalają, że Zamawiający będzie zobowiązany do zapłaty Wykonawcy wynagrodzenia w jego nominalnej wysokości, uwzględniającej kwotę podatku VAT obliczoną według  stawki obowiązującej w chwili składania ofert, wobec czego podwyższenie stawki podatku VAT lub podwyższenie cen urzędowych spowoduje zmniejszenie wynagrodzenia netto Wykonawcy w stosunku do wynagrodzenia netto określonego w ofercie Wykonawcy, przy zachowaniu cen brutto, na co Wykonawca wyraża zgodę. W takim przypadku zmniejszenie  jednostkowych wartości netto nastąpi z chwilą wejścia w życie odpowiedniego aktu prawnego, a Wykonawca prześle aktualny formularz cenowy. Wartość netto przedmiotu umowy, jak również wartości jednostkowe netto nie mogą zostać zwiększone w trakcie trwania umowy, wobec czego obniżenie stawki podatku VAT skutkuje obniżeniem ceny brutto umowy.  W takim przypadku zmniejszenie  jednostkowych cen brutto nastąpi z chwilą wejścia w życie odpowiedniego aktu prawnego.
3. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu, jeżeli zmiany będą konieczne i korzystne dla Zamawiającego. Za zmiany korzystne należy uznać wszelkiego rodzaju nowe postanowienia, które wzmacniają pozycję zamawiającego jako wierzyciela z tytułu świadczenia niepieniężnego (np. wydłużenie okresu rękojmi, skrócenie terminu wykonania zamówienia, obniżenie ceny, podwyższenie kar umownych), oraz te zmiany, które prowadzą do wzmocnienia jego pozycji jako dłużnika z tytułu świadczenia pieniężnego (np. wydłużenie terminu zapłaty, obniżenie odsetek za zwłokę, obniżenie wskaźników waloryzacyjnych).
4. Zamawiający zastrzega sobie wydłużenie terminu dostawy, ze względu na okoliczności,

o których nie wiedział w dniu ogłoszenia postępowania, powodujące brak możliwości realizacji przedmiotu umowy ( np., przejściowy brak finansowania przez NFZ ). Termin ten może być zmieniony wolą stron w formie aneksu i może być przedłużony o kolejne 3 miesiące.

**Rozdział X. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY OFERTY**

1 Cena oferty musi być podana w złotych polskich brutto – cyfrowo i słownie   
z uwzględnieniem podatku VAT naliczonym zgodnie z obowiązującymi w terminie składania oferty przepisami. Obowiązkiem składającego ofertę jest wypełnić formularz  asortymentowo - cenowy dokonując obliczeń wg zasad uznanych w rachunkowości, przy użyciu powszechnych metod liczenia takich jak: kalkulator, arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel z funkcją zaokrąglania do 2 miejsc po przecinku.

1. W celu wyłonienia najkorzystniejszej oferty w świetle kryterium ceny, Zamawiający do porównania ofert będzie brał pod uwagę cenę brutto.
2. Wymagane jest by cena podana w ofercie obejmowała koszty dostawy do Zamawiającego   
    i wszelkie inne koszty związane z przedmiotem zamówienia, w tym:

* koszty transportu krajowego i zagranicznego,
* koszty ubezpieczenia towaru w kraju i za granicą,
* opłat celnych i granicznych,

1. Waluta ceny oferowanej PLN;

**Błąd w obliczeniu ceny spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 2. Błąd w obliczeniu ceny jest to błąd powstały w wyniku wszelkich działań matematycznych z zastrzeżeniem, że przyjmuje się, iż prawidłowo podano liczbę jednostek miar (ilość) oraz wartość jednostkową netto. Nieprawidłowe zastosowanie stawki podatku VAT nie jest omyłką rachunkową w obliczeniu ceny, którą można poprawić w trybie art. 87 ust. 2 pkt. 2 PZP i spowoduje sankcję zawartą w art. 89 ust. 1 pkt. 6.**

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałyby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

**Rozdział XI. INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA I TERMINU   
 SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w Rozdziale I niniejszej SIWZ oraz opatrzonych wyraźną uwagą „**NIE OTWIERAĆ W KANCELARII”** należy złożyć do dnia **29.05.2013r** do godz. **10:00** w **4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ Wrocław, ul. Weigla 5 – budynek WYDZIAŁU ADMINISTRACJI OGÓLNEJ pok. nr 18.**

2. Oferta powinna być złożona w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.

3. Jeżeli oferta zostanie złożona w inny sposób niż wyżej opisany, Zamawiający nie bierze odpowiedzialności za nieprawidłowe skierowanie (skutkujące możliwością niedochowania terminu do składania ofert) czy przedwczesne lub przypadkowe jej otwarcie.

4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy zgodnie z art. 84 ust. 2 PZP.

**Przedłużenie terminu składania ofert dopuszczalne jest tylko przed jego upływem.**

**Rozdział XII. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SPECYFIKACJI ISTOTNYCHWARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

* + - 1. Zamawiający nie zamierza zwołać zebrania Wykonawców.
      2. Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ zgodnie z art. 38 PZP.
      3. Do kontaktu z Wykonawcami (od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Zamawiającego 7:30 – 15:00) w sprawach jw. upoważnione są tylko niżej wymienione osoby i tylko pod podanymi numerami telefonów i faksów:
* **Bartosz Lisowski** tel. (071) 7660 462**,** Sekcja Sprzętu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Anna Filipek** tel. (071) 7660 119, 7660 550 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax:** (071) 7660 119 - Sekcja Zamówień Publicznych.

**Kontaktowanie się z Zamawiającym pod innym niż ww. numerami telefonów i faksów nie rodzi skutków prawnych określonych w PZP.**

**Rozdział XIII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN**

**W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający może w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmodyfikować treść SIWZ. Dokonane w ten sposób uzupełnienie stanie się częścią SIWZ i będzie wiążące dla Wykonawców. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert, z zastrzeżeniem art. 12a PZP, jeżeli w wyniku modyfikacji treści SIWZ niezbędny jest dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania Wykonawcy i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

**Rozdział XIV. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca związany jest ofertą przez okres 60 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**Rozdział XV. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. **Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Przetargowej, które odbędzie się w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, ul. Weigla 5 w Sali Odpraw (budynek Logistyki) w dniu 29.05.2013r. o godz. 11:00. Otwarcie ofert jest jawne**.
2. W trakcie otwarcia ofert zostaną ogłoszone co najmniej:

- kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia

- nazwa i adres Wykonawcy, którego oferta jest otwierana,

- cena oferty, termin wykonania zamówienia,

- okres ważności warunki płatności zawarte w ofercie.

**Rozdział XVI. SPOSÓB OCENY OFERT**

1. Po zakończeniu części jawnej – Zamawiający dokona wstępnej weryfikacji ofert, które   
   części są jawne i mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. W dalszej części dokona badania ofert.
2. W pierwszym etapie postępowania Komisja Przetargowa powołana przez Zamawiającego bada czy Wykonawcy nie podlegają wykluczeniu (nie złożyli wymaganych dokumentów podmiotowych i oświadczeń z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 i 4 PZP). Następnie Komisja sprawdza oferty Wykonawców niewykluczonych i odrzuca oferty nie spełniające wymagań i warunków określonych w SIWZ. Komisja dokona oceny i wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert nieodrzuconych, zgodnie z kryterium określonym w rozdziale VIII.
3. W celu ustalenia czy oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny Zamawiający może się zwrócić do Wykonawcy o udzielenie wyjaśnień w określonym przez niego terminie.
4. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 PZP.
5. Oferta może zostać odrzucona na podstawie art. 89 PZP z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 PZP

**Rozdział XVII. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający jednocześnie zawiadamia wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

* wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, siedzibę albo adres zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację (powyższą informację Zamawiający umieszcza również na swojej stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie),
* wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne,
* wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
* terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 PZP, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.

1. Po uprawomocnieniu wyniku postępowania Zamawiający wezwie Wykonawcę do podpisania umowy.

**Rozdział XVIII. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

Środki ochrony prawnej przysługują wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy. W postępowaniach których wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w art. 11 ust. 8 PZP, zastosowanie mają przepisy art. 180 ust.2 PZP.

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej lub elektronicznej w terminach i na zasadach określonych w art. 182 PZP. Kopię treści odwołania należy przesłać Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania.

**Rozdział XIX. JAWNOŚĆ POSTĘPOWANIA**

1. Dokumentacja postępowania zostanie udostępniona wykonawcom w trybie przewidzianym w art. 96 PZP.
2. Zamawiający udostępni wskazane dokumenty na pisemny wniosek.
3. Zamawiający wyznacza termin, miejsce oraz zakres udostępnionych dokumentów

i informacji oraz osobę przy której obecności dokonana zostanie czynność przeglądania

**Załączniki do SIWZ, które Wykonawca jest zobowiązany złożyć w ofercie:**

1. Formularz ofertowy- załącznik nr 1
2. Zestawienie asortymentowo – cenowe - załącznik nr 2
3. Wymagania techniczne/graniczne – załącznik nr 2a
4. Wzór umowy; Protokół przekazania i instalacji + Protokół deinstalacji - załącznik nr 3
5. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału (art. 44 PZP) oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania ( wzór ) – załącznik nr 4
6. Oświadczenie o przynależności do grup kapitałowych – (wzór) - Załącznik nr 5

**Członkowie komisji przetargowej:**

1. Przewodniczący Komisji - Piotr Strąk ……………………………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Zastępca Przewodniczącego – Grzegorz Jędrzejczyk ……………………………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji – Szczepan Barnaś …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Krzysztof Reczuch …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Piotr Kabziński …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Przemysław Jaźwiec …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Tomasz Szydełko …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Piotr Garba …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Artur Fuglewicz …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Jarosław Sakowski …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Ewa Wróblewska …………………….………..

zapoznałam się i akceptuję

1. Członek Komisji –Józef Ruta …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Bartosz Lisowski …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Sekretarz – Anna Filipek ……………………………..

zapoznałam się i akceptuj

**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką –

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

**OFERTA**

**Nawiązując do przetargu nieograniczonego na:**

**dostawę sprzętu medycznego wg. pakietów 1-10,**

*znak sprawy 37/Med./2013*

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………..

Adres…………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………. REGON…………………………………….

Tel. …………………………………. Fax ………………………………………...

Nr konta…………………………………………………………………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

* + - 1. Oświadczamy, że oferujemy sprzedaż i dostawę**sprzętu medycznego** zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZoraz formularzem cenowym za:

**Pakiet 1**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 2**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 3**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 4**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 5**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 6**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 7**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 8**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 9**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 10**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **60 dni**
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\*

( \**właściwe podkreślić)*,

1. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
2. posiadamy autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego ( potwierdzony aktualnym certyfikatem, który zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy - dotyczy realizacji umowy )
3. zaakceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy (**Załącznik Nr 3)** poprzez jego wypełnienie, podpisanie i dołączenie do oferty,
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. akceptujemy zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia: protokół instalacji i przekazania oraz protokół deinstalacji **(załącznik nr 3)**
6. **Wadium w kwocie ......................... zł zostało wniesione w dniu ................... w formie ...........................................................................................................................................**
7. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
8. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

*„Cena brutto (zł)”, będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: „Wartość jednostkowa netto[z])” razy „Ilość zakupu” – daje „Wartość netto –[zł]”, z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy „Cenę brutto[(zł]”.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 1** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Stół operacyjny otolaryngologiczny | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 2** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Suchy przepływowy podgrzewacz do krwi i płynów infuzyjnych | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 3** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Cieplarka | 3 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 4** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Kardiomonitor transportowy | 2 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 5** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Materac przeciwodleżynowy podstawowy | 8 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 6** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Materac przeciwodleżynowy zaawansowany | 2 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 7** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Cieplarka | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 8** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Aparat do znieczulenia ogólnego | 2 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 9** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Aparat USG ginekologiczne | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 10** | | | | |
| **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| Stół operacyjny otolaryngologiczny | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictw

**Załącznik nr 2a**

**Pakiet 1. Stół operacyjny otolaryngologiczny – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Uniwersalny stół operacyjny elektrohydrauliczny z wyposażeniem** | TAK\* |  |
| 1 | Stół do operacji ogólnochirurgicznych współpracujący z wyposażeniem dodatkowym specjalistycznym do miękkiej chirurgii, laryngologii i innych | TAK\* |  |
| 2 | Funkcje stołu uzyskiwane przy pomocy siłowników elektrohydraulicznych sterowanych pilotem przewodowym:  - regulacja wysokości  - przechył boczny  - przechył wzdłużny  - poziomowanie blatu przy pomocy jednego przycisku  Pilot wyposażony we wskaźniki diodowe naładowania baterii i przycisk zmiany orientacji ułożenia pacjenta w zależności od zamontowania podgłówka i podnóżków | TAK\* |  |
| 3 | Zasilanie bateryjne 24 V z urządzeniem ładującym wbudowanym w podstawę stołu | TAK\* |  |
| 4 | Długość stołu z blatem min. 2100 mm | TAK\* |  |
| 5 | Całkowita szerokość blatu min. 550 mm | TAK\* |  |
| 6 | Blat wyposażony w listwy umożliwiające montaż wyposażenia dodatkowego | TAK\* |  |
| 7 | Zakres regulacji wysokości (z materacem) min. od 700 do 1150 mm | TAK\* |  |
| 8 | Zakres regulacji oparcia pleców min. od - 350 do 750 | TAK\* |  |
| 9 | Zakres regulacji podgłówka min od - 450 do 450 | TAK\* |  |
| 10 | Regulacja przechyłu bocznego min +/- 300 | TAK\* |  |
| 11 | Regulacja przechyłu wzdłużnego (pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga) min +/- 400 | TAK\* |  |
| 12 | Zakres regulacji kątowej podnóżków min. od - 900 do 200 | TAK\* |  |
| 13 | Podnóżki z możliwością rozchylenia o min. 180° - podnóżki blokowane przy pomocy klamek | TAK\* |  |
| 14 | Blat stołu co najmniej 4 - segmentowy składający się z następujących segmentów:  - podgłówek płytowy  - segment oparcia pleców  - segment lędźwiowym  - segmenty nóg dwuczęściowy | TAK\* |  |
| 15 | Regulacja segmentów podgłówka, oparcia pleców oraz segmentów nóg z wykorzystaniem sprężyn gazowych ułatwiających regulację segmentami | TAK\* |  |
| 16 | Dobre własności jezdne stołu dzięki min. 3 kołom jezdnym umieszczonym w podstawie. Podstawa w kształcie litery T lub Y | TAK\* |  |
| 17 | System blokowania kół jezdnych przy pomocy 4 wysuwanych stopek gwarantujący pewne blokowanie stołu – stopki z regulacją | TAK\* |  |
| 18 | Elementy konstrukcyjne zewnętrzne stołu wykonane ze stali nierdzewnej ewentualnie silikonowe osłony przegubu – nie dopuszcza się obudowy wykonanej z tworzywa oraz konstrukcji z innych materiałów niż stal nierdzewna | TAK\* |  |
| 19 | Miękkie materace (bezszwowe) wykonane z pianki poliuretanowej spienionej, odejmowane z blatu stołu. Materace z domieszką aktywnego srebra redukującego bakterie Ecoli i MRSA | TAK\* |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie min. 225 kg | TAK\* |  |
| 21 | Masa stołu nie przekraczająca 250 kg | TAK\* |  |
| 22 | Konstrukcja blatu przezierna dla promieni RTG | TAK\* |  |
| 23 | Wykonywanie zdjęć RTG przy pomocy tacy uniwersalnej umieszczanej i przesuwanej w tunelu w blacie | TAK\* |  |
| 24 | Przesuw wzdłużny blatu wynoszący min. 300 mm | TAK\* |  |
| 25 | Możliwość zamiany segmentów nóg z podgłówkiem płytowym | TAK\* |  |
| 26 | Możliwość uzyskania w stole znacznego wychylenia blatu od kolumny stołu wynoszącego min 1500 mm | TAK\* |  |
| 27 | Wyposażenie dodatkowe do stołu:  - zagłówek specjalistyczny z regulowanym rozstawem mocowany za pomocą adaptora  - podpórka pod rękę prosta z pasami mocującymi uchwytem jednopozycyjnym | TAK\* |  |
| 28 | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 30 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 31 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 2. Podgrzewacz do płynów infuzyjnych**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Suchy przepływowy podgrzewacz do krwi i płynów infuzyjnych** | TAK\* |  |
| 1 | Możliwość bezpiecznego stosowania do krwi i płynów infuzyjnych | TAK\* |  |
| 2 | Możliwość podłączenia standardowych przyrządów do przetoczeń krwi lub płynów infuzyjnych produkcji krajowej do zestawów wykorzystywanych do ogrzewania | TAK\*,  opisać |  |
| 3 | Dostępność drenów do ogrzewania wyposażonych w pułapkę powietrzną | TAK\*,  opisać |  |
| 4 | Możliwość regulacji temperatury w zakresie od 37˚C do 41˚C (co pół stopnia) | TAK\*,  opisać |  |
| 5 | Czytelny wyświetlacz temperatury zaprogramowanej i osiągniętej | TAK\*,  opisać |  |
| 6 | Wizualny i dźwiękowy alarm wysokiej temperatury | TAK\* |  |
| 7 | Wizualny alarm niskiej temperatury | TAK\* |  |
| 8 | Zabezpieczenie przed przegrzaniem – automatyczny wyłącznik w przypadku przekroczenia temperatury 43˚C | TAK\* |  |
| 9 | Sterowanie mikroprocesorowe – system autokontroli przed każdym użyciem | TAK\* |  |
| 10 | Czas nagrzewania do 38˚C max 1 min. | TAK\* |  |
| 11 | Wydajność ogrzewania:  - płyny infuzyjne min. 4500 ml/h  - krew min. 2500 ml/h | TAK\* |  |
| 12 | Waga do max .3 kg | TAK\* |  |
| 13 | Możliwość ogrzewania dwóch infuzji/ transfuzji jednocześnie | TAK\* |  |
| 14 | Możliwość łatwego mocowania do stojaka do kroplówek, do łóżka, do szyny | TAK\* |  |
| 15 | Możliwość pracy ciągłej | TAK\* |  |
| 16 | Spełniający wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  19 września 2005r, w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniem do leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U nr 191, poz. 1607) | TAK\* |  |
| 17 | Zasilanie 220V-240V 50/60Hz | TAK\* |  |
| 18 | Zestaw startowy: Komplet drenów/przedłużaczy/wkładów niezbędnych do podgrzania infuzji lub transfuzji po 200 szt. na urządzenie | TAK\* |  |
| 19 | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 20 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 21 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 3. Cieplarka laboratoryjna z naturalnym obiegiem powietrza**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Cieplarka laboratoryjna z naturalnym obiegiem powietrza** | TAK\* |  |
| 1 | Pojemność 56-58 l | TAK\* |  |
| 2 | Obudowa ze stali nierdzewnej strukturalnej, wnętrze ze stali nierdzewnej, 2 półki druciane  INOX | TAK\* |  |
| 3 | zakres temperatury od temp. otoczenia  +5°C do +100°C, regulacja temperatury  co 0,1°C, | TAK\* |  |
| 4 | Kominek wentylacyjny | TAK\* |  |
| 5 | Wyświetlacz graficzny LCD z podświetloną klawiaturą dotykową, | TAK\* |  |
| 6 | Wymiary wewnętrzne komory (szer. x wys. x gł.)  395 x 395 x 360 mm +/- 2 cm | TAK\* |  |
| 7 | otwór do wprowadzania zewnętrznego czujnika, | TAK\* |  |
| 8 | Możliwości programowania: | TAK\* |  |
| 9 | - sześciosegmentowy profil czasowo-temperaturowy | TAK\* |  |
| 10 | sygnalizacja otwartych drzwi | TAK\* |  |
| 11 | - nastawienie opóźnienia startu pracy urządzenia (1 min…99,59 h) | TAK\* |  |
| 12 | - regulacja czasu utrzymywania każdej z zadanych temperatur w zakresie 1 min…99,59 h lub praca ciągła | TAK\* |  |
| 13 | - rejestracja średniej, min. i max. wartości temperatury dla każdego segmentu | TAK\* |  |
| 14 | - możliwość podglądu zadanych i bieżących parametrów podczas pracy urządzenia | TAK\* |  |
| 15 | - sygnalizacja dźwiękowa przekroczenia zadanej temperatury | TAK\* |  |
| 16 | - sygnalizacji uszkodzenia czujnika temperatury | TAK\* |  |
| 17 | - zegar czasu rzeczywistego | TAK\* |  |
| 18 | - funkcja self-check (autokontrola) | TAK\* |  |
| 19 | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 20 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 21 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 4. Kardiomonitor transportowy**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Kardiomonitor transportowy** | TAK\* |  |
| 1 | Kompaktowy, wytrzymały, odporny na wstrząsy i uderzenia monitor z wbudowanymi układami pomiarowymi parametrów. | TAK\* |  |
| 2 | Monitorowanie: EKG/oddech, NBP, SpO2,- we wszystkich monitorach.  Dodatkowo monitorowanie ciśnienia inwazyjnego , temperatury w jednym monitorze. | TAK\* |  |
| 3 | **Pomiar EKG** | TAK\* |  |
| 4 | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG – możliwość wyświetlania do 12 odprowadzeń jednocześnie – programowane przez użytkownika. | TAK\* |  |
| 5 | Akcesoria do pomiaru EKG: min. odpowiedni kabel EKG umożliwiający monitorowanie min.3 odprowadzeń – po 1 szt. Na kardiomonitor. | TAK\* |  |
| 6 | Analiza odcinka ST i QT we wszystkich 12-tu odprowadzeniach (w przypadku monitorowania 12-tu odprowadzeń) z prezentacją w czasie rzeczywistym (krzywe i wartości odcinka ST), ciągłe graficzne przedstawienie zmian ST w czasie osobno dla odprowadzeń przedsercowych i kończynowych na ekranie podstawowym monitora w formie tabelarycznej i wykresu kołowego, minimalny zakres pomiarowy od -15 do +15mm, ciągły pomiar QT, QTc i zmian QTc. | TAK\* |  |
| 7 | Monitorowanie odchylenia odcinka ST i QT z ręcznym i automatycznym ustawianiem punktów pomiarowych. | TAK\* |  |
| 8 | Alarm przekroczenia ustalonego zakresu wartości zmian ST i QT w wybranym odprowadzeniu z możliwością definiowania tego zakresu. | TAK\* |  |
| 9 | **Pomiar respiracji** | TAK\* |  |
| 10 | Pomiar metodą impedancji | TAK\* |  |
| 11 | Przebieg dynamiczny i wartości numeryczne wyświetlane na ekranie | TAK\* |  |
| 12 | **Pomiar saturacji** | TAK\* |  |
| 13 | Akcesoria do pomiaru saturacji: czujnik do pomiaru SpO2 na palec dla dorosłych, nie powodujący ucisku po 1 sztuce na kardiomonitor , czujnik do pomiaru SpO2 dla dorosłych na ucho – elastyczny nie powodujący ucisku, z przewodem połączeniowym – po 1 sztuce na kardiomonitor | TAK\* |  |
| 14 | **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** | TAK\* |  |
| 15 | Tryb pracy automatyczny i ręczny, wyświetlanie wartości skurczowej, rozkurczowej i średniej | TAK\* |  |
| 16 | Odstępy w trybie automatycznym od 1 do 100 minut / co najmniej / | TAK\* |  |
| 17 | Akcesoria do pomiaru ciśnienia: komplet mankietów  Mały:20.5-28 cm, Średni : 27-35 cm, Duży : 34-43 cm,  Bardzo duży : 45-54 cm - wielorazowych NIBP dla dorosłych z przewodem łączącym z kardiomonitorem – po jednej sztuce na kardiomonitor. | TAK\* |  |
| 18 | **Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną- w jednym monitorze** | TAK\* |  |
| 19 | Monitor z pomiarem ciśnienia metodą inwazyjną, dodatkowo wyposażony w gniazdo z możliwością wyjścia na monitor zewnętrzny | TAK\* |  |
| 20 | Przebieg dynamiczny i wartości numeryczne ciśnienia inwazyjnego wyświetlane na ekranie (skurczowe, rozkurczowe i średnie) | TAK\* |  |
| 21 | Kabel połączeniowy do linii pomiarowych typu Edwards | TAK\* |  |
| 22 | Obsługa za pośrednictwem ekranu dotykowego i przycisków | TAK\* |  |
| 23 | Intuicyjny interfejs użytkownika | TAK\* |  |
| 24 | Prosty układ menu umożliwiający szybki dostęp do wszystkich zadań monitorowania | TAK\* |  |
| 25 | Wszystkie dane numeryczne wszystkich monitorowanych parametrów wyświetlane jednocześnie na ekranie | TAK\* |  |
| 26 | Co najmniej 15 niezależnych konfiguracji ekranu z możliwością łatwego ich przełączania bez utraty danych pacjenta. Poszczególne konfiguracje programowane przez użytkownika, bez konieczności ingerencji serwisu | TAK\* |  |
| 27 | Zarządzanie danymi pacjenta z trendami tabelarycznymi i graficznymi | TAK\* |  |
| 28 | System automatycznej konfiguracji progów alarmowych pomagający personelowi medycznemu szybciej rozpocząć skuteczne monitorowanie | TAK\* |  |
| 30 | Płaski ekran typu LCD TFT o przekątnej +/-8,4” i rozdzielczości SVGA (800x600), szeroki kąt obserwacji z dobrze widocznymi odczytami parametrów, funkcją nieprzerwanego wyświetlania progów alarmowych i prezentacją do czterech krzywych pomiarowych w czasie rzeczywistym. | TAK\* |  |
| 31 | Aplikacja do pomiaru czasu umożliwiająca ustawienie funkcji powiadamiającej o upływie określonego czasu. | TAK\* |  |
| 18 | Możliwość wyświetlania do min. trzech krzywych pomiarowych jednocześnie. | TAK\* |  |
| 19 | Waga do 5 kg | TAK\* |  |
| 20 | Uchwyt do przenoszenia wbudowany w monitor, dodatkowo uchwyt umożliwiający zawieszenie kardiomonitora na ramie łóżka | TAK\* |  |
| 21 | Podstawa jezdna – rolkowa do kardiomonitora –1 szt na 2 kardiomonitory, dodatkowo zintegrowany z kolumną podstawy jezdnej koszyk na akcesoria kardiomonitora umieszczony na ergonomicznej wysokości dla personelu medycznego, bezpieczne i stabilne zamocowanie kardiomonitora na podstawie jezdnej, blokada co najmniej dwóch kółek jezdnych umożliwiających jazdę podstawy. | TAK\* |  |
| 22 | Zasilanie sieciowe 220-240V, 50Hz, oraz bateryjne na min. 3 godziny | TAK\* |  |
| 23 | Chłodzenie monitora konwekcyjne | TAK\* |  |
| 24 | Oprogramowanie kardiomonitora | TAK\* |  |
| 25 | Instrukcja obsługi i użytkowania formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 26 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 27 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 5. Materac przeciwodleżynowy podstawowy.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Materac przeciwodleżynowy podstawowy** | TAK\* |  |
| 1 | Materac powietrzny statyczny wykonany z bardzo miękkiego poliuretanu | TAK\* |  |
| 2 | Rozmiar materaca 85x200cm +/- 2cm | TAK\* |  |
| 3 | Wysokość 10 cm +/- 1cm | TAK\* |  |
| 4 | Materac w formie nakładki kładziony na materac piankowy | TAK\* |  |
| 5 | Profilaktyka i leczenie odleżyn do 2 stopnia włącznie (wg. skali 4 stopniowej) | TAK\* |  |
| 6 | Waga pacjenta do 200kg | TAK\* |  |
| 7 | Odporny na uszkodzenia, nieprzemakalny, pokrowiec elastyczny rozciągany w 4 kierunkach, przepuszczalny dla pary wodnej i powietrza, ze zgrzewanymi szwami, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 95 stopni C | TAK\* |  |
| 8 | Dodatkowy pokrowiec wewnętrzny eliminujący działanie sił ścinających podczas zmiany pozycji leżą, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 70 stopni C | TAK\* |  |
| 9 | Skuteczność w zakresie redukcji sił nacisku i sił ścinających potwierdzona badaniami wykonanymi przez niezależne laboratorium badawcze | TAK\*,  podać |  |
| 10 | Zdolność do obniżenia nacisku do poziomu poniżej 30mmHg na całej powierzchni kontaktu u 100%pacjentów o wadze do 80 kg – do potwierdzenia protokołem badań | TAK\*,  podać |  |
| 11 | Opaski do mocowania prześcieradła | TAK\* |  |
| 12 | Zawór CPR | TAK\* |  |
| 13 | Pasy mocujące do materaca piankowego | TAK\* |  |
| 14 | W komplecie pompa do napełniania materaca z regulacją poziomu ciśnienia powietrza w materacu w zależności od wagi i pozycji pacjenta w krokach 1-8 według zaleceń czytelnej etykiety umieszczonej na pompie | TAK\* |  |
| 15 | W komplecie kliny do pozycjonowania i zmiany pozycji pacjenta o wymiarach 70x26x15/5 cm wykonane z panki HR w paroprzepuszczalnym pokrowcu przeznaczonym do czyszczenia i dezynfekcji powierzchniowej oraz prania w temp.95 stopni C – 2 szt. | TAK\* |  |
| 16 | Instrukcja obsługi i użytkowania formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 17 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 18 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 6. Materac przeciwodleżynowy zaawansowany.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Materac przeciwodleżynowy zaawansowany** | TAK\* |  |
| 1 | Materac powietrzny, przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy, niskociśnieniowy. | TAK\* |  |
| 2 | Rozmiar materaca 90x203cm +/- 2cm | TAK\* |  |
| 3 | Wysokość 17 cm +/- 1cm | TAK\* |  |
| 4 | Materac 3 strefowy.  1 strefa: głowy – 3 komory pracujące w trybie stałego niskiego ciśnienia,  2 strefa: klatki piersiowej, krzyżowa, ud – 12 komór pracujących w trybie zmiennego niskiego ciśnienia lub stałego niskiego ciśnienia (z możliwością wyboru)  3 strefa: pięt – 11 komór pracujących w trybie stałego niskiego ciśnienia.  Materac min. 26 komorowy. | TAK\* |  |
| 5 | Strefa pięt – pod komorami powietrznymi pianka, nachylona pod kątem min. 5˚, zwiększająca redystrybucję nacisku. | TAK\* |  |
| 6 | Konstrukcja materaca zawiera zintegrowaną warstwę podkładu z pianki . Brak konieczności podkładania pod materac powietrzny materaca piankowego. | TAK\* |  |
| 7 | Możliwość rozłączenia warstwy komór powietrznych od podkładu z pianki  i stosowania jej w funkcji nakładki powietrznej. | TAK\* |  |
| 8 | Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami, antystatycznym, niealergizującym, bakteriostatycznym  i grzybostatycznym, wykonanym  z tkaniny rozciągliwej w dwóch kierunkach. | TAK\* |  |
| 9 | Materac przystosowany do mycia  i dezynfekcji. Zamek pokrowca 360**°** (łatwość zdjęcia i czyszczenia) zakryty, chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem. | TAK\* |  |
| 10 | Moduł sterujący pompy wyposażony  w przyciski membranowe ułatwiające jego dezynfekcję. | TAK\* |  |
| 11 | Funkcja natychmiastowego utwardzenia powierzchni materaca w celu ułatwienia codziennych procedur pielęgniarskich. | TAK\* |  |
| 12 | Materac wyposażony w zawór natychmiastowego opróżniania - CPR oznaczony wyraźnym napisem i wyróżniający się kolorem. | TAK\* |  |
| 13 | Możliwość manualnego dostosowania poziomu ciśnienia w komorach, dla indywidualnego komfortu pacjenta. | TAK\* |  |
| 14 | Materac zaprojektowany do pracy w dwóch trybach terapeutycznych (z możliwością wyboru): stałego i zmiennego ciśnienia. | TAK\* |  |
| 15 | Wybór optymalnego czasu długości cyklu trybu terapeutycznego. | TAK\* |  |
| 16 | Manualna oraz automatyczna blokada funkcji, aktywowana po min. 5min. nieużywania panelu sterowania, w celu zapobiegania niezamierzonym zmianom w funkcjonowaniu materaca. | TAK\* |  |
| 17 | Dźwiękowy i wizualny alarm zbyt niskiego ciśnienia i awarii oraz braku zasilania,  z możliwością wyciszenia. | TAK\* |  |
| 18 | Limit wagowy gwarantujący skuteczność terapii w pozycji leżącej min. 140kg | TAK\* |  |
| 19 | Materac wyposażony w system kontroli ciśnienia gwarantujący rozkład optymalnego niskiego ciśnienia w komorach. | TAK\* |  |
| 20 | Instrukcja obsługi i użytkowania formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 21 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 22 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 7. Cieplarka laboratoryjna z naturalnym obiegiem powietrza**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Cieplarka laboratoryjna z naturalnym obiegiem powietrza** | TAK\* |  |
| 1 | Regulator PID | TAK\* |  |
| 2 | Grawitacyjny obieg powietrza | TAK\* |  |
| 3 | Pojemność komory 75 +/- 2 dm3 | TAK\* |  |
| 4 | Nastawa temperatury co 0,1oC w zakresie nie mniej niż +5oC powyżej temperatury otoczenia do +50oC | TAK\* |  |
| 5 | Dokładność odczytu temperatury 0,1oC | TAK\* |  |
| 6 | Dokładność stabilizacji temperatury w punkcie ± 0,2oC | TAK\* |  |
| 7 | Programowanie czasu trwania jednego cyklu temperatury w zakresie od:  - od 1 min do 99,9 godz. co 1 min.  - praca ciągła; | TAK\* |  |
| 8 | Gabaryty: szer.×gł.×wys. 590x495x1670 +/-2 mm | TAK\* |  |
| 9 | Masa urządzenia: 45 +/- 2kg | TAK\* |  |
| 10 | Obudowa z blachy stalowej lakierowanej proszkowo | TAK\* |  |
| 11 | Komora ze stali nierdzewnej | TAK\* |  |
| 12 | 2 półki z blachy nierdzewnej perforowanej | TAK\* |  |
| 13 | Możliwość wyjmowania półek z cieplarki | TAK\* |  |
| 14 | 4 Kominki wentylacyjne | TAK\* |  |
| 15 | Możliwość podglądu zadanych i bieżących parametrów podczas pracy urządzenia (temperatura) | TAK\* |  |
| 16 | Autonomiczny układ zabezpieczający aparat przed przekroczeniem zakresu temperatur osiąganych w komorze | TAK\* |  |
| 17 | Akustyczny sygnał przekroczenia tolerancji nastawy podczas pracy | TAK\* |  |
| 18 | Inicjacja odmierzania czasu pracy w momencie osiągnięcia zadanej temperatury | TAK\* |  |
| 19 | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
| 20 | Okres gwarancji od momentu dostawy i uruchomienia  - co najmniej 24 miesiące | TAK\*,  podać |  |
| 21 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych  od daty sprzedaży - co najmniej 10 lat | TAK\*,  podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 8. Aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym – 2 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym** |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne (wys. x szer. x gł.) (cm), masa (kg) | Podać |  |
|  | Podstawa jezdna wyposażoną w blokowane kółka (min. dwa) | TAK\* |  |
|  | Aparat z możliwością powieszenia na kolumnie anestezjologicznej ze standardowym uchwytem zawieszeniowym | TAK\* |  |
|  | Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz | TAK\* |  |
|  | Wyposażony w podświetlany blat do pisania i minimum jedną szufladę na akcesoria | TAK\* |  |
|  | Zasilanie z butli ( N2O, O2 ) uchwyt do zapasowej butli tlenowej i podtlenku azotu na tylnej ścianie aparatu reduktory do butli O2 i N2O wyposażone w przyłącze do aparatu, ze złączami zgodnymi z PN  Widoczne odczyty ciśnień gazów zasilania centralnego i awaryjnego | TAK\*,  bez dostarczania butli |  |
|  | Zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej | TAK\* |  |
|  | Gniazda elektryczne 230 V (minimum 4 gniazda) na tylnej ścianie aparatu | TAK\* |  |
|  | Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 90 minut w warunkach standardowych | TAK\* |  |
|  | Ssak iniektorowy z regulacją siły ssania i zbiornikiem na wydzieliny oraz minimum jednym zapasowym wymiennym zbiornikiem | TAK\* |  |
|  | Aktywne uchwyty do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie, umożliwiające bezpośrednie korzystanie ze środków wziewnych | TAK\* |  |
|  | Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie | TAK\* |  |
|  | Parownik do sewofluranu | TAK\* |  |
|  | Precyzyjne mechaniczne lub elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza | TAK\* |  |
|  | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie minimum 24% +/- 1% | TAK\* |  |
|  | Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami | TAK\* |  |
|  | Wbudowany dodatkowy przepływomierz do podawana tlenu przez maskę podczas znieczuleń przewodowych | TAK\* |  |
|  | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym  i półzamkniętym | TAK\* |  |
|  | Wielorazowy układ oddechowy – 1 szt., jednorazowy anestezjologiczny układ oddechowy z workiem 2 l– 20 szt. | TAK\* |  |
|  | Obejście tlenowe o dużej wydajności min. 35 l/min. | TAK\* |  |
|  | Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max 1,5 l – 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Możliwość stosowania pochłaniaczy jednorazowych | TAK\* |  |
|  | Respirator anestetyczny | TAK\* |  |
|  | Eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną (na wyposażeniu aparatu wszystkie niezbędne urządzenia i akcesoria do wpięcia do istniejących w szpitalu gniazd sprężonego powietrza i odciągu gazów, tzn. wtyki, injectory, dreny itp.) | TAK\* |  |
|  | Ekran do prezentacji parametrów wentylacji | TAK\* |  |
|  | Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej | TAK\* |  |
|  | Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny | TAK\* |  |
|  | Tryb wentylacji objętościowo zmienny | TAK\* |  |
|  | Zakres PEEP minimum od 5 do 20 cm H2O, podać | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych | TAK\* |  |
|  | Regulacja stosunku wdechu do wydechu - minimum 2:1 do 1:4 (podać zakres) | TAK\* |  |
|  | Regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 65 /min wentylacja objętościowa  i ciśnieniowa (podać zakres) | TAK\* |  |
|  | Zakres objętości oddechowej minimum od 50 do 1400 ml wentylacja objętościowa q | TAK\* |  |
|  | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum od 10 do 50 cm H2O (podać zakres) | TAK\* |  |
|  | Regulowana płynnie lub skokowo pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60% | TAK\* |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Alarm niskiej objętości minutowej | TAK\* |  |
|  | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | TAK\* |  |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów w aparacie lub monitorze pacjenta | TAK\* |  |
|  | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | TAK\* |  |
|  | Alarm braku zasilania w gazy | TAK\* |  |
|  | Alarm Apnea | TAK\* |  |
|  | **POMIAR I OBRAZOWANIE** |  |  |
|  | Stężenie tlenu w gazach wdechowych | TAK\* |  |
|  | Pomiar objętości oddechowej TV | TAK\* |  |
|  | Pomiar pojemności minutowej MV | TAK\* |  |
|  | Pomiar częstotliwości oddechowej f | TAK\* |  |
|  | Ciśnienia szczytowego | TAK\* |  |
|  | Ciśnienia Plateau | TAK\* |  |
|  | Ciśnienia średniego | TAK\* |  |
|  | Ciśnienia PEEP | TAK\* |  |
|  | Częstość oddychania | TAK\* |  |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK\* |  |
|  | **Monitor pacjenta do aparatu** |  |  |
|  | Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami bez udziału serwisu | TAK\* |  |
|  | Wszystkie parametry mierzone, dostępne w wymiennych modułach | TAK\* |  |
|  | System umożliwiający automatyczną konfigurację monitora w celu dopasowania do wymagań różnych stanowisk | TAK\* |  |
|  | Możliwość zapamiętania i przechowywania w pamięci monitora lub aparatu do znieczulenia (na żądanie lub automatycznie) minimum 200 zdarzeń (min. 3 krzywe dynamiczne) do późniejszej analizy | TAK\* |  |
|  | Kolorowy ekran w postaci płaskiego pojedynczego, wbudowanego panela LCD TFT wysokiej jakości. Przekątna ekranu minimum 12”  Rozdzielczość minimum 800 x600 | TAK\* |  |
|  | Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim. | TAK\* |  |
|  | Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V 50 Hz | TAK\* |  |
|  | Bezpieczne i wygodne zamocowanie zestawu do aparatu, umożliwiające łatwe dopasowanie położenia ekranu | TAK\* |  |
|  | Monitorowanie 3 i 7 odprowadzeń.  W komplecie filtr zakłóceń elektrochirurgicznych.  Analiza częstości akcji serca i arytmii. Podstawowa analiza arytmii.  W komplecie przewód zbiorczy i kable 3- i 5-odprowadzeniowe | TAK\* |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca: zakres minimum 30 – 250/min | TAK\* |  |
|  | Pomiar ST z wyświetlaniem wartości i trendów | TAK\* |  |
|  | Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie minimum od 5 do 120 /min, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu | TAK\* |  |
|  | System monitorowania saturacji zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale w zakresie 30-100%. W komplecie przewód interfejsowy i standardowy czujnik na palec | TAK\* |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia.  Metoda oscylometryczna,  pomiar ręczny i automatyczny;  pomiar automatyczny z regulowanym interwałem w zakresie minimum:  1 min. - 240 min.  Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej  W komplecie przewód i zestaw mankietów dla dorosłych - trzy rozmiary, mankiety pomiarowe bez lateksu | TAK\* |  |
|  | Pomiar temperatury, dwa tory pomiarowe. Wyświetlanie T1, T2 i różnicy T2-T1 równocześnie. | TAK\* |  |
|  | W komplecie dwa czujniki temperatury: powierzchniowy i rektalny | TAK\* |  |
|  | Inwazyjny pomiar ciśnienia, minimum dwa tory pomiarowe. Możliwość pomiaru i wpisania nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego | TAK\* |  |
|  | Prezentacja stężeń wdechowych i wydechowych tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania lub monitorze pacjenta, pomiar metodą paramagnetyczną. | TAK\* |  |
|  | Pomiar i prezentacja stężenia środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, izofluranu, sevofluranu, halotanu, desfluranu oraz MAC w aparacie do znieczulania lub monitorze pacjenta. Zestaw akcesoriów. | TAK\* |  |
|  | Prezentacja prężności dwutlenku węgla CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulania lub monitorze pacjenta. | TAK\* |  |
|  | Możliwość szybkiego ustawienia granic alarmowych | TAK\* |  |
|  | Alarmy min. 3-stopniowe | TAK\*, opisać |  |
|  | Trendy wszystkich mierzonych parametrów min. 24 godz. | TAK\* |  |
|  | Pomiar NMT z modułu sterowanego z monitora anestezjologicznego z menu w języku polskim. Nie dopuszcza się osobnego urządzenia. | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł głębokości znieczulenia sterowany z monitora anestezjologicznego | TAK\* |  |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK\* |  |
|  | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE na 1 kpl.** |  |  |
|  | Wielorazowy mankiet do NIBP, wolny od latexu, dorośli duży ok. 31-40 cm - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Mankiet NIBP dziecięcy, ok. 12-19 cm, wielorazowy - 1 szt. | TAK\* |  |
|  | Wielorazowy mankiet do NIBP, wolny od latexu dorośli mały ok. 17-25 cm - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Zestaw 5 odprowadzeń - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Zestaw 3 odprowadzeń - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Czujnik temperatury centralny, przełykowo-rektalny dla dorosłych, wielorazowy -  2 szt. | TAK\* |  |
|  | Kabel zbiorczy EKG - 1 szt. | TAK\* |  |
|  | Czujnik temperatury powierzchownej dla dorosłych i dzieci - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Wielorazowy autoklawowalny pojemnik na wapno sodowane - 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Wkładki gąbkowe - 40 szt. | TAK\* |  |
|  | Kabel do IBP - 1 szt. | TAK\* |  |
|  | Zintegrowany czujnik typu klips na palec dla dorosłych i dzieci ( >20 kg), wielorazowy - dł. 4m – 2 szt. | TAK\* |  |
|  | Urządzenie podtrzymujące przewody - 1 szt. | TAK\* |  |
|  | Zintegrowany czujnik typu klips na ucho dla dorosłych i dzieci ( >10 kg), wielorazowy - 3 szt. | TAK\* |  |
|  | **INNE** |  |  |
|  | Kompatybilność z modułami serii Datex- Ohmeda posiadanymi przez szpital | TAK\* |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\*,  z dostawą |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK\* |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od daty dostawy | TAK\* |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 9. Aparat USG ginekologiczne**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Aparat USG ginekologiczne** |  |  |
|  | **Konstrukcja jednostki głównej** |  |  |
|  | Najwyższej klasy, cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. Aparat fabrycznie nowy.  Aparat wykonany w najnowszej technologii cyfrowej opartej na modułowej budowie ultrasonografu umożliwiającej późniejszą rozbudowę o dodatkowe funkcje. | TAK\* |  |
|  | Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii, wygodnej obsłudze, z zintegrowaną stacją roboczą i systemem archiwizacji oraz urządzeniami do dokumentacji, sterowanymi z klawiatury | TAK\* |  |
|  | Przetwornik 12-bitowy | TAK\* |  |
|  | Zaawansowany technicznie cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej. | TAK\* |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów nadawczych  min. 30 000 | TAK\* |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów odbiorczych  min. 30 000 | TAK\* |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych: min. 3 | TAK\* |  |
|  | Dynamika systemu min.230 dB | TAK\* |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. Przekątna ekranu minimum 15 cali. Możliwość obrotu ekranu monitora w płaszczyźnie poziomej i pionowej | TAK\* |  |
|  | Ruchomy pulpit sterowniczy | TAK\* |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD o wielkości min. 10 cali | TAK\* |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy USG: co najmniej od 1 MHz do 18 MHz. | TAK\* |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop): min. 20 000 klatek. | TAK\* |  |
|  | Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop) | TAK\* |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK\* |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode  min. 50 sek. | TAK\* |  |
|  | Zakres regulacji głębokości pola obrazowego  min. 0,5 - 30 cm | TAK\* |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika: minimum 40 | TAK\* |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół | TAK\* |  |
|  | Waga jednostki głównej: max 70 kg | TAK\* |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.   * B, * B + B * 4 B * M * B + M * D * B + D * B + C (Color Doppler) * B + PD (Power Doppler) * 4 B (Color Doppler) * 4 B (Power Doppler) * B + Color + M | TAK\* |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B: min. 850 obrazów/sek. | TAK\* |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B + kolor: min. 300 obrazów/sek. | TAK\* |  |
|  | Szerokopasmowe obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) , HPRF PWD ze wszystkich głowic. | TAK\* |  |
|  | Maksymalny PRF dla PWD: min. 30 kHz. | TAK\* |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  min.: +/- 7,0 m/sek (przy zerowym kącie bramki) | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) ze wszystkich głowic. | TAK\* |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD)  min.: +/- 3,9 m/sek | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) ze wszystkich głowic. | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym Min. 3 kursory (linie proste) | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny z pamięci Cineloop Min. 3 kursory (linie proste) | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) na wszystkich głowicach. | TAK\* |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie wielokątowe tzw. w układzie skrzyżowanych ultradźwięków min. 12 kątów | TAK\* |  |
|  | Adaptacyjny system obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK\* |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B za pomocą jednego przycisku | TAK\* |  |
|  | Zakres bramki dopplerowskiej: min. od 0,5 mm do 20 mm ze skokiem co 0,5 mm | TAK\* |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej  min. +/- 30 stopni | TAK\* |  |
|  | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej max. +/- 80 stopni | TAK\* |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku | TAK\* |  |
|  | Zasięgowa regulacja wzmocnienia (TGC lub STC)  min. w 8 strefach | TAK\* |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 25 map | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie 3D oraz 3D w czasie rzeczywistym tzw. 4D z głowic objętościowych skanujących automatycznie min. 30 obrazów/sek | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie w trybie wielowarstwowym z głowic objętościowych tzw. obrazowanie tomograficzne min. 6 warstw | TAK\* |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK\* |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na wbudowanym w aparat dysku twardym( o pojemności min. 300 GB) i bazą pacjentów. | TAK\* |  |
|  | Aparat w standardzie wyposażony w zapis obrazów w formacie DICOM i wyjście do podłączenia sieci DICOM (wersja 3.0) | TAK\* |  |
|  | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie lub płytach CD-R/RW | TAK\* |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK\* |  |
|  | Videoprinter czarno-biały. | TAK\* |  |
|  | Wbudowana nagrywarka DVD-R/RW lub CD-R/RW | TAK\* |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK\* |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK\* |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK\* |  |
|  | Funkcje użytkowe |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym: min. x16 | TAK\* |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu: min. x16 | TAK\* |  |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie: Minimum 10 | TAK\* |  |
|  | Pomiar odległości, obwodu, pola powierzchni, objętości | TAK\* |  |
|  | Przełączanie głowic z klawiatury | TAK\* |  |
|  | Podświetlane klawisze kodowane w min. 2 kolorach | TAK\* |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK\* |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie   * Raport położniczy, ginekologiczny, historia badań ginekologiczno-położniczych * Raport kardiologiczny * Raport naczyniowy * Raport urologiczny * Raport transkranialny * Raport pomiarów brzusznych * Raport pomiarów piersi * Raport pomiarów tarczycy | TAK\* |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Położniczych * Ginekologicznych * Brzusznych * Małych narządów * Śródoperacyjnych * Urologicznych * Kardiologicznych * Naczyniowych * Mięśniowo-szkieletowych * Pediatrycznych | TAK\* |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie ginekologiczno-położnicze posiadające:   * Szczegółowe raporty badań  z uśrednieniem wyników * Możliwość przedstawienia wyników na siatkach wentylowych * Automatyczne zapamiętywania wszystkich raportów z badań | TAK\* |  |
|  | **Głowice ultradźwiękowe – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach)** | **TAK\*** |  |
|  | **Głowica elektroniczna Convex Endovaginalna,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy.  Podać typ | TAK\* |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 3,0 – 9,0 MHz | TAK\* |  |
|  | Liczba elementów: min. 190 | TAK\* |  |
|  | Kąt skanowania min. 180 st. | TAK\* |  |
|  | Promień max. R10 mm | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | **Głowica elektroniczna Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK\* |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 1,0 – 6,0 MHz. | TAK\* |  |
|  | Liczba elementów: min. 190 | TAK\* |  |
|  | Kąt skanowania min. 70 st. | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | **Głowica brzuszna Convex, objętościowa do obrazowania 3D w czasie rzeczywistym tzw. 4D (skanująca automatycznie),** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK\* |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 2,0 – 10,0 MHz. | TAK\* |  |
|  | Liczba elementów: min. 190 | TAK\* |  |
|  | Prędkość skanowania w trybie 4D min. 30 obrazów/sek. | TAK\* |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | Drukarka czarno-biała laserowa, kompatybilna ze sprzętem | TAK\* |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu zawarcia umowy)** | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę phased array min. 1-5 MHz, min. 60 elementów, kąt skanu min. 90 stopni, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o oprogramowanie do automatycznego pomiaru zmian w średnicy naczynia w celu uzyskania wskaźników sztywności naczyń | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o wbudowany w aparat moduł Stress Echo + moduł EKG | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD ), zakres prędkości: min. +/- 15,5 m/sek (przy zerowym kącie bramki) | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o funkcje Strain i Strain Rate | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie kinetyczne umożliwiającą automatyczny obrys wsierdzia i obliczanie frakcji wyrzutowej | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o wielopłaszczyznowe głowice przezprzełykowe dla dorosłych, pediatryczne i neonatologiczne | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o objętościową głowicę endovaginalną 3D/4D (skanującą automatycznie), min. 3,0-9,0 MHz, min. 190 elementów, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o automatyczny pomiar objętości w trybie 3D | TAK\* |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję badań z kontrastem | TAK\* |  |
|  | Zainstalowana w aparacie, aktywna funkcja przesyłania obrazów i danych pacjentów w sieci DICOM. | TAK\* |  |
|  | **INNE** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\* |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK\* |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od daty dostawy | TAK\* |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 10. Stół operacyjny ortopedyczny**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY, NR STRONY W MAT. INFORMACYJNYCH** |
| I | **Stół operacyjny ortopedyczny** |  |  |
|  | **Parametry ogółne** |  |  |
|  | Mobilny, modularny stół operacyjny z napędem hybrydowym (elektro-mechanicznym i elektro-hydraulicznym) z funkcją jazdy stołu dzięki napędowi kół jezdnych. | TAK\* |  |
|  | Podstawa stołu płaska, bez zagłębień, ułatwiająca czyszczenie, pokryta monolityczną pokrywą wykonaną ze stali nierdzewnej. | TAK\* |  |
|  | Kolumna stołu pokryta panelami ze stali nierdzewnej. | TAK\* |  |
|  | Wymienne blaty – możliwość zamocowania różnych blatów (min. 3) w zależności od wykonywanego zabiegu. | TAK\*,  opisać |  |
|  | Podstawa stołu węższa w części centralnej ułatwiająca dostęp do stołu, szersza na końcach zwiększająca stabilność stołu podczas zabiegu. | TAK\*,  opisać |  |
|  | Cztery podwójne koła schowane w obrysie podstawy stołu - koła nie mogą wystawać poza podstawę w żadnej konfiguracji. | TAK\* |  |
|  | Stół w pozycji roboczej nie opiera się na kołach jezdnych czy wysuwanych stopkach. | TAK\*,  opisać |  |
|  | Akumulatory zapewniające prace stołu przez ok. tydzień wbudowane w podstawę stołu; system ładowania akumulatorów zabudowany wewnątrz-nie dopuszcza się ładowarek zewnętrznych; informacja o niskim poziomie naładowania baterii na pilocie w postaci tekstowej i zmiany koloru podświetlenia wyświetlacza; dodatkowa informacja dźwiękowa informująca o niskim poziomie naładowania baterii. | TAK\* |  |
|  | Całkowite naładowanie baterii w czasie ok. 10 godzin, naładowanie do poziomu 90% - ok. 5 godzin. | TAK\*,  podać |  |
|  | Blat stołu złożony z następujących segmentów:   * podgłówek * płyta plecowa dolna (odejmowana) * segment siedziska * segment przedłużający siedzisko (odejmowany) * podnóżek dzielony wzdłużnie z możliwością odwiedzenia na boki w zakresie min. 55˚ części udowych i przywiedzenia do środka części goleniowych. | TAK\*,  podać |  |
|  | Długość stołu w powyższej konfiguracji: 2000-2100 mm +/- 100mm | TAK\*,  podać |  |
|  | Szerokość z szynami bocznymi: 550 - 580 mm +/- 50mm | TAK\*,  podać |  |
|  | Szerokość bez szyn bocznych: 500 – 550 mm +/- 50mm | TAK\*,  podać |  |
|  | Segmenty blatu przezierne w projekcji AP bez poprzecznych wzmocnień/poprzeczek utrudniających uzyskanie czystego obrazu RTG-dopuszcza się nieprzezierny podgłówek. | TAK\* |  |
|  | Funkcje regulowane manualnie:   * Podgłówek regulowany manualnie w min. dwóch płaszczyznach za pomocą dźwigni odpowiadających za poszczególne osie/płaszczyzny. Zakres regulacji podgłówka min. -50˚/+80˚ * Odwiedzenie i przywiedzenie segmentów podnóżka | TAK\* |  |
|  | Funkcje regulowane pilotem przewodowym:   * wysokość blatu w zakresie min. 680-1250 mm (wysokość mierzona bez materacy) * regulacja pozycji Trendelenburga/anty-Trendelenburga w zakresie min. +/-40˚ * regulacja przechyłów bocznych w zakresie min.+/-20˚ * regulacja płyty plecowej w zakresie min. ±90˚ * regulacja podnóżków lub segmentu przedłużającego siedzisko w zakresie min. +/-90˚; możliwość regulowania pozycji podnóżków łącznie lub każdego z osobna. * pozycja „0” za pomocą jednego przycisku. * pozycja flex/reflex * pozycja „beach-chair” * możliwość uzyskania pozycja normalnej/odwróconej * blokowanie i odblokowanie stołu * blokowanie i odblokowanie funkcji motorycznych blatu * funkcja jazdy stołem przód-tył * dostęp do pozycji stołu zapisanych w pamięci stołu (min. 10 pozycji) | TAK\*,  podać |  |
|  | Pilot zdalnego sterowania z podświetlanymi piktogramami ułatwiającymi pracę w zacienionej sali operacyjnej. | TAK\* |  |
|  | Pilot wyposażony w wyświetlacz informujący o:   * pozycji normalnej i odwróconej pacjenta * stanie blokady stołu * stanie blokady blatu stołu * ładowanie baterii stołu * wykonywanej funkcji przez blat | TAK\*,  podać |  |
|  | Dodatkowy panel sterujący umieszczony na powierzchni kolumny stołu operacyjnego aktywny non stop; system nie wyłącza się automatycznie bez ingerencji obsługi; w celu aktywowania funkcji z panelu wymagana jest konieczność naciśnięcia dwóch przycisków jednocześnie dla uniknięcia przypadkowej aktywacji panelu. | TAK\* |  |
|  | Funkcje obsługiwane przez dodatkowy panel sterujący (min.)   * regulacja wysokości * regulacja pozycji Trendelenburga/anty-Trendelenburga * regulacja przechyłów bocznych * regulacja płyty plecowej * regulacja podnóżków i/lub segmentu przedłużającego * pozycja „0” za pomocą jednego przycisku. * blokowanie i odblokowanie stołu | TAK\*,  podać |  |
|  | Opcjonalny pilot zdalnego sterowania pracujący w podczerwieni oraz nożny sterownik stołu (nie oferować) | TAK\* |  |
|  | Stół wyposażony w demontowane materace: łączenia metodą bezszwową zespalane ultradźwiękami; antystatyczne; grubość minimum 80 mm; właściwości przeciwodleżynowe; odporne na działanie środków dezynfekcyjnych; funkcja „pamięci kształtu” wpływająca pozytywnie na utrzymanie ciepłoty pacjenta w trakcie zabiegu | TAK\* |  |
|  | Możliwość instalacji różnych segmentów i akcesoriów po obu stronach blatu -zarówno od strony głowy jak i podnóżka. | TAK\* |  |
|  | Maksymalny dopuszczalny udźwig stołu: min. 450 kg | TAK\*,  podać |  |
|  | Max. waga pacjenta umożliwiająca użycie stołu w dowolnym położeniu min. 230 kg +/-10kg | TAK\*,  podać |  |
|  | Długość obszaru ciała pacjenta przeziernego w zakresie 360˚ przy zastosowaniu przyssawki ortopedycznej ≥ 100 cm mierzone od kolumny stołu do końca węglowych ramion przystawki ortopedycznej. | TAK\*,  podać |  |
|  | **Wyposażenie:** |  |  |
|  | Szyny sprzętowe wzdłuż wszystkich segmentów blatu. | TAK\* |  |
|  | 1x podpora pod rękę, anestezjologiczna, płaska z możliwością dowolnego ułożenia ręki względem stołu dzięki przegubowi kulowemu; regulacja jedną ręką; podpora mocowana do szyny bocznej; wyposażona w zacisk do montażu; podpora wyposażona w pasy mocujące rękę | TAK\* |  |
|  | 1x ekran anestezjologiczny z ramionami poszerzającymi | TAK\* |  |
| 30. | 1x przystawka wyciągowa ortopedyczna:  1) 2x karbonowe ramiona przystawki o długości min. 135 cm, mocowane za pomocą szybko-złączek pod blatem siedziska stołu bez użycia śrub, zacisków itp.; ramiona montowane w gniazdach stanowiących integralną część konstrukcji blatu; montaż bez użycia dodatkowych narzędzi czy śrub  • sterowanie ramionami za pomocą dedykowanych uchwytów zwalniających poszczególne przeguby  • ramiona przystawki zapewniające możliwość ruchu w płaszczyźnie poziomej w zakresie 45˚ odwiedzenia na zewnątrz i 35˚ przywiedzenia do wewnątrz.  • niska waga pojedynczego ramienia ≤ 3,5 kg  • przystawka nie wymagająca dodatkowego podparcia  2) 2x segmenty trakcyjne zapewniające unoszenie i opuszczanie kończyn montowane na końcach ramion karbonowych; regulacja za pomocą dedykowanego uchwytu w zakresie min. od -25˚ do +25˚; wspomagane sprężynami gazowymi  • segmenty trakcyjne z możliwością montażu w min. dwóch odległościach od blatu stołu  • możliwość szybkiej zmiany pozycji segmentu trakcyjnego za pomocą mechanizmy zapadkowego  • możliwość montażu na segmencie trakcyjnym akcesoriów typu but trakcyjny z materacem próżniowym, płyta pod stopę, uchwyt do drutów Kirschnera, itp.  3) 2x but trakcyjny z materacem próżniowym  4) 1x uchwyt z możliwością rotacji do drutów Kirschnera  5) 1x uchwyt z możliwością rotacji z butem trakcyjnym  6) 1x zaciskowy adapter na ramiona przystawki wyposażony w szynę sprzętową do mocowania akcesoriów  7) 1x wymienny karbonowy blat stołu z gniazdem do mocowania kołka zaporowego  8) 1x kołek zaporowy przezierny dla promieniowania RTG  9) 1x nakładka na blat stołu umożliwiająca montaż przystawki do gwoździowania piszczeli  10) 1x przystawka do gwoździowania piszczeli z regulacją kąta ustawienia uda względem stołu i regulacją wysokości podparcia kolana  11) 1x podnóżek 2-częściowy karbonowy o długości ok. 100 cm montowany w gniazdach podnóżka standardowego  12) 1x wózek na akcesoria  13) 4x zacisk uniwersalny  14) 1x płyta plecowa do artroskopii barku; odejmowane segmenty barkowe; przezierna dla promieniowania RTG; wyposażona w dwa demontowalne podparcia boczne; możliwość demontażu szyn akcesoryjnych bez użycia narzędzi; płyta wyposażona w uchwyt głowy typu „hełm” mocowany za pomocą adaptera z trzema osiami regulacji obsługiwanymi jednym pokrętłem blokującym/odblokowującym wszystkie osie  15) Stolik do operacji ręki z podpórką, przezierny dla RTG | TAK\*,  podać i opisać |  |
| 31. | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta. | TAK\* |  |
| 32. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK\* |  |
| 33. | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od daty dostawy | TAK\* |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 3**

**Wzór umowy (**proszę wypełnić miejsca wypunktowane z wyjątkiem numeru umowy i daty jej zawarcia oraz § 2 ust.2 i 3)

**UMOWA nr ………./37/Med./2012**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **…………...2013 r**. we Wrocławiu pomiędzy:

**4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu,**

z siedzibą **50-981 Wrocław, ul. Weigla 5,**

**Regon** 930090240, **NIP** 899-22-28-956

zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478

reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. med. Grzegorza STOINSKIEGO**

a

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Regon** …………………., **NIP** ………………………………..,

zwanym dalej **WYKONAWCĄ,**

reprezentowanym przez:

1. …………………………………
2. ………………………………….

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego ( zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych t.j. Dz. U. z 2010r., Nr 133, poz.759 z późn. zm. ) o wartości powyżej 130 000 EURO.

Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę   
i montaż w miejscu wskazanym przez Zamawiającego sprzętu medycznego:

* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**

o parametrach wyszczególnionych w § 11 niniejszej umowy, stanowiącym jej integralną część, zwany dalej przedmiotem umowy, urządzeniem lub sprzętem.

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony i odebrany towar zapłaci Wykonawcy cenę obliczona zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: …………………… zł (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/100).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **………………………. zł** (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/100).
4. Wartość, o której mowa w ust. 1 , obejmuje koszt przedmiotu umowy oraz wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia w tym w szczególności koszty przewozu   
   i ubezpieczenia, montażu w siedzibie Zamawiającego,koszt gwarancji oraz przeglądów okresowych w okresie gwarancji z częstotliwością zalecaną przez producenta jednak nie mniejszą jak przewidziana w § 5 ust. 3 umowy oraz przeszkolenia personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego).
5. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa.

**§ 3**

**Warunki płatności**

1. Zapłata za przedmiot umowy nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury, przelewem na jego konto w banku nr………………………………………………..
2. Strony ustalają, że płatność za fakturę nastąpi w terminie ………dni (**min. 60 dni)** od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego. Podstawą do wystawienia faktury będzie protokół zdawczo – odbiorczy który zostanie podpisany po zainstalowaniu, uruchomieniu sprzętu   
   i przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
3. Od należności nie uiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca ma prawo naliczania odsetek ustawowych.
4. Za datę zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§ 4**

**Termin i warunki dostarczenia przedmiotu umowy**

* + - 1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i uruchomić przedmiot umowy w terminie:
* Pakiety 1-7: do 6 tygodni od daty zawarcia umowy,
* Pakiety 8-10: do 8 tygodni od daty zawarcia umowy.

Termin dostawy należy ustalić z p. Bartoszem Lisowskim tel. (71) 766 04 62. Osobami upoważnionymi do odbioru towaru w imieniu Zamawiającego są:

* mgr Agata Ładniak
* mgr Natalia Wilk
* mgr Małgorzata Paś
* Agnieszka Mikulska
* Bartosz Lisowski
* Kierownik/Ordynator właściwego Oddziału:
* Pakiet 1

Ordynator Klinicznego Oddziału Otolaryngologicznego

dr n. med. Szczepan Barnaś

* Pakiet 2

Kierownik Pracowni Hemodynamiki

dr hab. n. med. Krzysztof Reczuch

* Pakiet 3

1. szt. – Kierownik Kliniki Chirurgicznej

dr hab. n. med. Dariusz Janczak,

1. szt. – Kierownik Klinicznego Oddziału Urologicznego

dr hab. n. med. Tomasz Szydełko

* Pakiet 4

1. szt. – Kierownik Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr n. med. Piotr Garba,

1 szt. – Kierownik Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej

dr n. med. Artur Fuglewicz

* Pakiet 5

Kierownik Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr n. med. Piotr Garba,

* Pakiet 6

Kierownik Klinicznego Oddziału Neurochirurgii

dr n. med. Jarosław Sakowski

* Pakiet 7

Kierownik Zakładu Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej

ppłk dr n. med. Przemysław Jaźwiec

* Pakiet 8

Kierownik Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr n. med. Piotr Garba

* Pakiet 9

Kierownik Poradni Ginekologicznej

lek. med. Artur Bobruk

* Pakiet 10

Ordynator Klinicznego Oddziału Ortopedii

dr n. med. Józef Ruta

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy jeżeli Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi, w szczególności w przypadku opóźnienia w dostawie sprzętu o 7 dni. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeśli Wykonawca nie dostarczy urządzenia zastępczego lub nowego, o którym mowa w § 5 ust.6 i 7.

3. Wraz z przekazaniem sprzętu Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem, w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych- należy dosłać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia, paszport techniczny, karty gwarancyjne, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz   
z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia/Zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych.

4. Wykonawca na swój koszt ubezpiecza całą dostawę do momentu dokonania odbioru przez Zamawiającego.

1. Wykonawca realizuje przedmiot umowy własnymi siłami. Potwierdzenie wykonania części przedmiotu umowy innym dostawcom wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, jeżeli jednak Wykonawca zleci wykonanie niektórych czynności innym podmiotom (chociażby za zgodą Zamawiającego), to ponosi on pełną odpowiedzialność za działania innych wykonawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osoba upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 62. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w późniejszym terminie jeżeli wystąpi taka konieczność w wymiarze max. 10.godzin.

**§ 5**

**Odpowiedzialność za wady towaru**

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości i trwałości dostarczonego sprzętu   
i zapewnia, że dostarczone urządzenie będzie wolne od wad, spełniać będzie wszelkie wymagania określone przez Zamawiającego, przez właściwe przepisy   
i instytucje oraz będzie najwyższej jakości.

1. Wykonawca udziela gwarancji na okres ……………..miesięcy ( **min.** **24 miesięcy )** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego sporządzonego po zainstalowaniu   
   i przekazaniu do użytkowania sprzętu oraz przeszkoleniu pracowników Zamawiającego.
2. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzać przeglądy okresowe i konserwację urządzeń min**. 1 raz** w roku ( zgodnie z zaleceniami producenta ). Przed zakończeniem okresu gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić przegląd kończący okres gwarancji oraz wydać pisemne orzeczenie o stanie technicznym urządzenia.
3. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić naprawy w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta urządzenia.
4. Jeżeli w przypadku ujawnienia się wady w okresie gwarancji Wykonawca dostarczy Zamawiającemu zamiast rzeczy wadliwej rzecz wolną od wad albo dokona istotnych (wartość naprawy przekracza 40% wartości rzeczy) napraw rzeczy objętej gwarancją, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia rzeczy wolnej od wad lub zwrócenia rzeczy naprawionej. W innych wypadkach termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w ciągu którego wskutek wady rzeczy objętej gwarancją Zamawiający nie mógł z niej korzystać.
5. W przypadku awarii przedłużającej się ponad **7 dni** lub wymagającej naprawy w siedzibie serwisu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić urządzenie zastępcze   
   na czas naprawy (o parametrach określonych niniejszą umową lub wyższych).
6. Wybór sposobu usunięcia wady należy do Wykonawcy, który może naprawić rzecz poprzez naprawę lub wymianę uszkodzonej części rzeczy lub wymienić całą rzecz. Termin usunięcia wady strony ustalają na max. **7 dni** licząc od daty powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego o wadzie, zgodnie z zapisami ust. 9. Naprawa lub wymiana uszkodzonej części urządzenia w okresie gwarancji następuje w całości na koszt Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest również w ramach gwarancji do odbioru urządzenia z siedziby Zamawiającego, jeżeli wada powinna być usunięta w innym miejscu, niż siedziba Zamawiającego.
7. W wypadku 3 nieskutecznych napraw tego samego podzespołu sprzętu Wykonawca zobowiązany jest wymienić podzespół na nowy.
8. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzony fax. na nr **…………………….**.
9. Adresy punktów serwisowych:

- **……………………………………………**, tel. **……………………….**

- **……………………………………………**, tel. **……………………….**

1. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.
2. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577   
   i następnych Kodeksu Cywilnego.
3. Do odpowiedzialności wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej gwarancji stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
4. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej.
5. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy na warunkach odrębnej umowy/umów.

**§ 6**

**Kary umowne**

1. W razie nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę:

* w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku opóźnienia w wykonaniu dostawy, za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu realizacji umowy do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego,
* w wysokości 0,15 % ceny brutto wadliwego sprzętu w przypadku opóźnienia w usunięciu wady ujawnionej w okresie gwarancji, za każdy dzień opóźnienia,
* w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku nie wykonania planowanego przeglądu okresowego za każdy dzień opóźnienia, licząc od daty planowanego terminu przeglądu do dnia jego wykonania ( pierwszy przegląd: max. 12 miesięcy od daty instalacji),
* w wysokości 10% ceny brutto umowy, od której realizacji odstąpiono w całości lub w części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
* w wysokości 10% ceny brutto umowy za odstąpienie od umowy przez Wykonawcę z przyczyn dotyczących Wykonawcy.

1. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 7**

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Wykonawca nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Art. 54 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz. U. Nr 112, poz. 654) ma zastosowanie.

**§ 8**

**Zmiana umowy.**

1. Zmiana umowy może nastąpić za zgodą obu stron w przypadkach ściśle określonych   
   w SIWZ w formie aneksu.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej.

**§ 9**

**Postępowanie polubowne.**

1. Wszelkie spory strony zobowiązują się załatwić w pierwszej kolejności polubownie.
2. Do rozstrzygania sporów Sądowych strony ustalają właściwość Sądu siedziby Zamawiającego.

**§ 10**

**Pozostałe postanowienia.**

1. Niniejsza umowa podlega wyłącznie prawu polskiemu. Strony zgodnie wyłączają stosowanie Konwencji Narodów Zjednoczonych o umowach międzynarodowej sprzedaży towarów. W sprawach nie unormowanych umową oraz do wykładni jej postanowień zastosowanie mają przepisy ustawy z ustawy z dnia 29 stycznia 2004r Prawo zamówień publicznych, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r Kodeks Cywilny oraz innych obowiązujących aktów prawnych
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta sporządzona i złożona w postępowaniu przetargowym, z tym, że pierwszeństwo mają postanowienia niniejszej umowy, przy czym oferta i SIWZ, jako sporządzone w jednym egzemplarzu, nie stanowią załącznika i znajdują się u Zamawiającego wraz z całą dokumentacją postępowania, którego wynikiem jest niniejsza umowa.

**§ 11**

**Oferta cenowa i zestawienie wymaganych parametrów technicznych**

( stanowiące w SIWZ załącznik nr 2 i 2a )

**§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Wykonawca: Zamawiający:**

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 37/Med./2013, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym umowę wg powyższego wzoru.*

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo

**PROTOKÓŁ INSTALACJI I PRZEKAZANIA**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego odbioru dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………

imię i nazwisko

1. Przedmiot protokołu ………………………………………………………………………typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numer  seryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :

* instrukcji obsługi i użytkowania w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej
* wykazu autoryzowanych punktów serwisowych
* Kopii Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* Kopii Deklaracji Zgodności wystawioną przez producenta wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* karty gwarancyjnej
* paszportu technicznego

1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:  
   …………………… w godz. ……………  
   …………………… w godz. ……………
2. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:

* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………

Certyfikaty szkolenia zostaną dosłane do 14 dni od daty podpisania protokołu.

1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przyjęty do eksploatacji **bez zastrzeżeń.**

**Wykonawca: Zamawiający:**

**…………………………..**

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

**……………………………**

up. Pracownik Oddziału

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 37/Med./2013, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym protokół wg powyższego wzoru.*

**……………….…dnia…………… ………...............................................................................**

**(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie**

**uprawniającym do występowania w obrocie prawny**

**lub posiadających pełnomocnictwo)**

**PROTOKÓŁ DEINSTALACJI**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

**1. Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego przekazania dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt odbiera:

…………………

imię i nazwisko

2. Przedmiot protokołu ……………………………………………………………………… typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numer  seryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przekazany **bez zastrzeżeń.**

**Wykonawca: Zamawiający:**

**…………………………..**

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

**……………………………**

up. Pracownik Oddziału

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 37/Med./2013, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym protokół wg powyższego wzoru.*

**……………….…dnia…………… ………...............................................................................**

**(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie**

**uprawniającym do występowania w obrocie prawny**

**lub posiadających pełnomocnictwo)**

**Załącznik nr 4**

..............................................                                     …….................... dn. ……..........

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 44 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn. zm.) oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w  art. 22 ust. 1 ustawy PZP.

Ponadto oświadczamy, że nie ma podstaw do wykluczenia z postępowania w trybie art. 24 PZP.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 5**

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

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Na podstawie art. 26 ust. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn. zm.) oświadczamy, że należymy / nie należymy[[1]](#footnote-1) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5.

W przypadku przynależności do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 załączamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)

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