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

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 60/Med./2013**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO WG. PAKETÓW 1-9**

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 1-9.**
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 na całe poszczególne Pakiety 1-9.**
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 60/Med./2013

***„Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg. pakietów 1-9”***

nie otwierać przed dniem **24.07.2013r.** 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. 499 000,00 zł** (słownie: czterysta dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b PZP.). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości (zł):

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet | Min. ( zł ) |
| Pakiet 1 | **24 000,00** |
| Pakiet 2 | **60 000,00** |
| Pakiet 3 | **55 000,00** |
| Pakiet 4 | **105 000,00** |
| Pakiet 5 | **20 000,00** |
| Pakiet 6 | **60 000,00** |
| Pakiet 7 | **75 000,00** |
| Pakiet 8 | **65 000,00** |
| Pakiet 9 | **35 000,00** |

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. 84 000,00 zł (24 000,00 zł + 60 000,00 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 Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych - Dz. U. Nr 107, poz. 679)).
   * 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 1-9:**

Pakiet 1 – Aparat EKG 12 kanałowy z wózkiem – 4 kpl.

Pakiet 2 – Defibrylator – 4 kpl.

Pakiet 3 – Defibrylator – 2 kpl.

Pakiet 4 – Defibrylator transportowy z monitorem – 3 kpl.

Pakiet 5 – Defibrylator półautomatyczny AED – 5 kpl.

Pakiet 6 – Głowica USG przezprzełykowa – 1 szt.

Pakiet 7 - Głowica USG przezprzełykowa 3D z oprogramowaniem – 1 szt.

Pakiet 8 – Echokardiograf – 1 kpl.

Pakiet 9 – Tor wizyjny urologiczny – 1 kpl.

**Kody CPV: 33100000-1, 33121500-9, 33182100-0, 33112000-8, 33112200-0,**

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **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: **19 500,00 zł** (słownie: dziewiętnaście tysięcy pięćset złotych, 00/100) - dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet | Wadium (zł) |
| Pakiet 1 | **900,00** |
| Pakiet 2 | **2 500,00** |
| Pakiet 3 | **2 000,00** |
| Pakiet 4 | **4 000,00** |
| Pakiet 5 | **800,00** |
| Pakiet 6 | **2 500,00** |
| Pakiet 7 | **3 000,00** |
| Pakiet 8 | **2 500,00** |
| Pakiet 9 | **1 300,00** |

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: 3 400,00 zł ( 900zł + 2 500,00 zł ) – dotyczy formy przelewu na rachunek Zamawiającego.

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **24.07.2013r.** 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 **24.07.2013r.** 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 1-9****”,*

***znak sprawy 60/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 pakietu).**

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 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).

**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 pakietu.
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 **24.07.2013r** 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:
* **Agata Ładniak ( pakiety 1-5,9 ), Bartosz Lisowski ( pakiety 6-8 ),** tel. (071) 7660 128/462**,** Sekcja Sprzętu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Agnieszka Karpińska** 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 24.07.2013r. 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. Parametry bezwzględnie wymagane – 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

**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 1-9,**

*znak sprawy 60/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)

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. zapewniamy autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego ( potwierdzony odpowiednimi dokumentami, które zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy)
3. zapewniamy , że w obrębie Pakietów 2,3,4 fala defibrylacji dwufazowa, zatwierdzona przez American Heart Association (AHA) jako standard opieki ( potwierdzenie odpowiednimi dokumentami, które zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy) \*\*

( \*\**w przypadku złożenia oferty w obrębie pakietów 1,5-9 wykreślić)*

1. zaakceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy (**Załącznik Nr 3)** poprzez jego wypełnienie, podpisanie i dołączenie do oferty,
2. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
3. akceptujemy zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia: protokół instalacji i przekazania oraz protokół deinstalacji **(załącznik nr 3)**
4. **Wadium w kwocie ......................... zł zostało wniesione w dniu ................... w formie ...........................................................................................................................................**
5. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
6. **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\*** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Numery katalogowe części składowych** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| 1 | Aparat EKG 12 kanałowy z wózkiem | 4 kpl. |  |  |  |  |
| 2 | Defibrylator | 4 kpl. |  |  |  |  |
| 3 | Defibrylator | 2 kpl |  |  |  |  |
| 4 | Defibrylator transportowy z monitorem | 3 kpl. |  |  |  |  |
| 5 | Defibrylator półautomatyczny AED | 5 kpl. |  |  |  |  |
| 6 | Głowica USG przezprzełykowa | 1 szt. |  |  |  |  |
| 7 | Głowica USG przezprzełykowa 3D z oprogramowaniem | 1 szt. |  |  |  |  |
| 8 | Echokardiograf | 1 kpl. |  |  |  |  |
| 9 | Tor wizyjny urologiczny | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |

*\*niepotrzebny pakiet wykreślić*

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2a**

**PARAMETRY BEZWZGLĘDNIE WYMAGANE**

**Pakiet 1. Aparat EKG 12 – kanałowy z wózkiem – 4 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **APARAT EKG 12 kanałowy z wózkiem** | | | |
| 1 | Aparat 12 – kanałowy | TAK |  |
| 2 | Kolorowy ekran graficzny – dotykowy , prezentacja przebiegu 3, 6 oraz 12 kanałów | TAK |  |
| 3 | Obsługa aparatu poprzez klawiaturę funkcyjną, alfanumeryczną oraz panel dotykowy | TAK |  |
| 4 | Kontrola kontaktu elektrody ze skórą | TAK |  |
| 5 | Bezpośrednia rejestracja trzech odprowadzeń serca | TAK |  |
| 6 | Wykonanie pełnego badania EKG z 12 odprowadzeń | TAK |  |
| 7 | Automatyczny cykl pomiaru | TAK |  |
| 8 | Ręczny cykl pomiaru | TAK |  |
| 9 | Analiza i interpretacja badań | TAK |  |
| 10 | Zasilanie sieciowe oraz akumulatorowe ( akumulator bezobsługowy wbudowany wewnątrz aparatu + ładowarka) | TAK |  |
| 11 | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | TAK |  |
| 12 | Pasmo przenoszenia min. 0,3 do 150 Hz | TAK |  |
| 13 | Częstotliwość próbkowania min. 1000 Hz | TAK |  |
| 14 | Obwód wejściowy zabezpieczony przed impulsem defibrylacyjnym | TAK |  |
| 15 | Opcje wydruku;  - drukarka termiczna  - papier: rolka, składany, A4 | TAK |  |
| 16 | Prędkość przesuwu papieru ( min. 3 prędkości ) | TAK |  |
| 17 | Drukowanie w trybie manualnym | TAK  (podać) |  |
| 18 | Drukowanie w trybie automatycznym | TAK  (podać) |  |
| 19 | Czułość 2,5/5/10/20 mm/mV | TAK |  |
| 20 | Filtracja zakłóceń:  - sieciowych 50-60 Hz  - mięśniowych 25; 35 Hz  - stabilizacja izolinii | TAK |  |
| 21 | Detekcja stymulatorów serca | TAK |  |
| 22 | Sygnał dźwiękowy serca | TAK |  |
| 23 | Baza danych min. 100 zapisów EKG | TAK |  |
| 24 | Zewnętrzna archiwizacja zapisów EKG | TAK  (podać) |  |
| 25 | Opcje komunikacji | TAK  (podać) |  |
| 26 | Akcesoria:  -kabel pacjenta  -elektrody przedsercowe 6 szt.  - elektrody kończynowe 4 szt  - kabel zasilający  - papier do drukarki | TAK |  |
| 27 | Wózek pod aparat EKG ( stabilne zamocowanie aparatu, możliwość łatwego wypięcia) z wysięgnikiem na kabel pacjenta, kosz na akcesoria, koła wyposażone w blokadę | TAK |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenie i wyposażenie 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. Defibrylator – 4 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **Defibrylator** | | | | |
|  | Defibrylator przenośny | | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 50/60 Hz i akumulatorowe. | TAK | |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci. Wyklucza się akumulatory niklowo-kadmowe. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego poziomu naładowania. | TAK | |  |
|  | Czas pracy z zasilania akumulatorowego (przy w pełni naładowanym akumulatorze)  - monitorowanie - min. 180 min.  - 100 defibrylacji z max. energią | TAK | |  |
|  | Defibrylator wyposażony w zestaw łyżek dla dorosłych i dla dzieci, ze wskaźnikiem kontaktu ze skórą | TAK | |  |
|  | Ekran LCD, kolorowy, wysokiej rozdzielczości i kontraście. Tryb pracy zwiększający czytelność ekranu w warunkach silnego oświetlenia zewnętrznego. | TAK | |  |
|  | Ciężar aparatu gotowego do pracy < 8 kg | TAK | |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna (kardiowersja) | TAK | |  |
|  | Tryb pracy ręczny i półautomatyczny.  W trybie półautomatycznym komendy głosowe w języku polskim. Płynne przejście pomiędzy trybami ręcznym i automatycznym | TAK | |  |
|  | Fala defibrylacji dwufazowa, zatwierdzona przez American Heart Association (AHA) jako standard opieki. | TAK | |  |
|  | Energia defibrylacji dwufazowej 200J lub 360J | TAK | |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej: minimum 20. W zakresie 1-10 J regulacja ze skokiem, co 1 J. Wybór energii za pomocą pokrętła. Możliwość automatycznego rozbrojenia defibrylatora. | TAK | |  |
|  | Czas ładowania do energii 200 J ≤ 5 sekund | TAK | |  |
|  | Ładowanie kondensatora, wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | TAK | |  |
|  | Automatyczna kompensacja parametrów z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta - z łyżek zewnętrznych i elektrod jednorazowych | TAK | |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki i elektrody jednorazowe. Kabel do elektrod jednorazowych w zestawie. | TAK | |  |
|  | Zapis EKG z łyżek zewnętrznych, kabla EKG i jednorazowych elektrod do stymulacji/defibrylacji. Klasa CF. Sygnalizacja (alarmy) odłączenia elektrod. | TAK | |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca w zakresie minimum 30-300 ud/min | TAK | |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG: regulacja ręczna i automatyczna. | TAK | |  |
|  | Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca | TAK | |  |
|  | Prezentacja sygnału EKG na ekranie z możliwością ustawienia widoku 2 krzywych w kaskadzie. | TAK | |  |
|  | Wydruk EKG | TAK | |  |
|  | Drukarka termiczna na papier o szerokości minimum 50 mm. Możliwość wyboru rejestratora o szerokości 75 mm. | TAK | |  |
|  | Możliwość przesyłania lub przenoszenia danych do komputera. | TAK | |  |
|  | Pamięć wewnętrzna minimum 50 epizodów. Karta pamięci do archiwizacji i przenoszenia epizodów.  Do każdego epizodu zapamiętywany odcinek krzywej EKG. Zapamiętywanie minimum 5 godzin ciągłego zapisu EKG. | TAK | |  |
|  | Stymulacja przezskórna. Tryby pracy: „Rytm Sztywny" i „Na Żądanie". | TAK | |  |
|  | Częstość impulsów stymulatora co najmniej 30 *-*180 imp/min | TAK | |  |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 -170mA. Czas trwania impulsu 40 ms. Regulacja prądu stymulacji w skokach maksymalnie 5 mA | TAK | |  |
|  | Kabel EKG: min. 3- odprowadzeniowy. | TAK | |  |
| Pulsoksymetria | | | | |
|  | Pomiar saturacji w technologii zapewniającej eliminację artefaktów ruchowych i wynikających z niskiej perfuzji wraz z elastycznym czujnikiem na palec dla dorosłych i dla dzieci w zestawie. Technologia Masimo, Nellcor lub FAST. Możliwość zastosowania czujników wielo- i jednorazowych.  Zakres pomiarowy minimum 30-100%. | TAK | |  |
| 32. | Waga poniżej 300 gram | TAK | |  |
| 33. | Zasilanie sieciowe 230V AC  50/60 Hz | TAK | |  |
| 34. | Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min. 9 godziny | TAK | |  |
| 35. | Czas ładowania akumulatorów – max. 6h | TAK | |  |
| 36. | Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100% | TAK | |  |
| 37. | Pomiar tętna w zakresie min. 15-300 bpm | TAK | |  |
| 38. | Wyświetlacz LCD kolorowy o przekątnej min. 3” | TAK | |  |
| 39. | Rozdzielczość – min. 240x400 pikseli | TAK | |  |
| 40. | Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 41. | Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 42. | Wyciszenie alarmów na min 2 min. | TAK | |  |
| 43. | Stopniowanie głośności alarmów | TAK | |  |
| 44. | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe | TAK | |  |
| 45. | Możliwość wyboru ustawień dla : dorosły/dziecko/noworodek | TAK | |  |
| Parametry wyświetlane | | | | |
| 46 | Częstość pulsu | TAK | |  |
| 47 | Procentowy pomiar SPO2 | TAK | |  |
| 48 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | TAK | |  |
| 49 | Siła pulsu | TAK | |  |
| 50 | Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator | TAK | |  |
| 51 | Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji | TAK | |  |
| 52 | Trendy graficzne min. 48godz. | TAK | |  |
| 53 | Krótki trend SpO2 oraz PR z min. ostatnich 15 min. | TAK | |  |
| 54 | Graficzny wskaźnik rozładowania baterii | TAK | |  |
| Pozostałe parametry | | | | |
| 55 | Port RS232 | TAK | |  |
| 56 | Na wyposażeniu czujnik pulsoksymetru na palec | TAK | |  |
| 57 | Możliwość instalacji w pionie lub w poziomie i odpowiedniego dostosowania wyświetlania parametrów. | TAK | |  |
| 58 | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | TAK | |  |
| 59 | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | TAK | |  |
| 60 | Możliwość podłączenia do drukarki | TAK | |  |
| 61 | Wbudowane oprogramowanie do przeprowadzenia pełnego testu sprawności urządzenia (na żądanie obsługi). Przechowywanie wyników testu w pamięci urządzenia | TAK | |  |
| 62 | Torba transportowa | TAK | |  |
| 63 | Aparat zastępczy o parametrach równoważnych na czas naprawy trwającej powyżej 7 dni | TAK | |  |
| 64 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy | TAK | |  |
| 65 | Podstawa jezdna pod defibrylator lub zawieszenie | TAK | |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenia i wyposażenie 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. Defibrylator – 2 kpl**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **Defibrylator** | | | | |
| 1 | Defibrylator przenośny | | TAK |  |
| 2 | Zasilanie sieciowe w zakresie 100-240 VAC 50/60 Hz i akumulatorowe. | TAK | |  |
| 3 | Akumulatory bez efektu pamięci. Wyklucza się akumulatory niklowo-kadmowe. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego poziomu naładowania. | TAK | |  |
| 4 | Czas pracy z zasilania akumulatorowego (przy w pełni naładowanym akumulatorze)  - monitorowanie - min. 240 min.  - defibrylacja z energią 200 J - min. 20 wyładowań  - możliwość włączenia jednego lub dwóch akumulatorów | TAK | |  |
| 5 | Defibrylator wyposażony w zestaw łyżek dla dorosłych i dla dzieci, ze wskaźnikiem kontaktu ze skórą | TAK | |  |
| 6 | Ekran TFT LCD, kolorowy, wysokiej rozdzielczości i kontraście i o przekątnej min. 8,4 cala. Tryb pracy zwiększający czytelność ekranu w warunkach silnego oświetlenia zewnętrznego. | TAK | |  |
| 7 | Ciężar aparatu gotowego do pracy < 8 kg | TAK | |  |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna (kardiowersja) | TAK | |  |
| 9 | Tryb pracy ręczny i półautomatyczny.  W trybie półautomatycznym komendy głosowe w języku polskim. Płynne przejście pomiędzy trybami ręcznym i automatycznym | TAK | |  |
| 10 | Fala defibrylacji dwufazowa, zatwierdzona przez American Heart Association (AHA) jako standard opieki. | TAK | |  |
| 11 | Energia defibrylacji dwufazowej maksymalnie 360J | TAK | |  |
| 12 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej: minimum 20. W zakresie 1-10 J regulacja ze skokiem, co 1 J. Wybór energii za pomocą pokrętła. Możliwość automatycznego rozbrojenia defibrylatora. | TAK | |  |
| 13 | Czas ładowania do energii 200 J ≤ 5 sekund | TAK | |  |
| 14 | Ładowanie kondensatora, wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | TAK | |  |
| 15 | Automatyczna kompensacja parametrów z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta - z łyżek zewnętrznych i elektrod jednorazowych | TAK | |  |
| 16 | Defibrylacja przez łyżki i elektrody jednorazowe. Kabel do elektrod jednorazowych w zestawie. | TAK | |  |
| 17 | Zapis EKG z łyżek zewnętrznych, kabla EKG i jednorazowych elektrod do stymulacji/defibrylacji. Klasa CF. Sygnalizacja (alarmy) odłączenia elektrod. | TAK | |  |
| 18 | Pomiar częstości akcji serca w zakresie minimum 30-300 ud/min | TAK | |  |
| 19 | Wzmocnienie sygnału EKG: regulacja ręczna i automatyczna. | TAK | |  |
| 20 | Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca | TAK | |  |
| 21 | Prezentacja sygnału EKG na ekranie z możliwością ustawienia widoku 2 krzywych w kaskadzie. | TAK | |  |
| 22 | Wydruk EKG | TAK | |  |
| 23 | Drukarka termiczna na papier o szerokości minimum 50 mm. Możliwość wyboru rejestratora o szerokości 75 mm. | TAK | |  |
| 24 | Możliwość przesyłania lub przenoszenia danych do komputera. | TAK | |  |
| 25 | Pamięć wewnętrzna minimum 50 epizodów. Karta pamięci do archiwizacji i przenoszenia epizodów.  Do każdego epizodu zapamiętywany odcinek krzywej EKG. Zapamiętywanie minimum 5 godzin ciągłego zapisu EKG. | TAK | |  |
| 26 | Stymulacja przezskórna. Tryby pracy: „Rytm Sztywny" i „Na Żądanie". | TAK | |  |
| 27 | Częstość impulsów stymulatora co najmniej 30 *-*180 imp/min | TAK | |  |
| 28 | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 -170mA. Czas trwania impulsu 40 ms. Regulacja prądu stymulacji w skokach maksymalnie 5 mA | TAK | |  |
| 29 | Kabel EKG: min. 3- odprowadzeniowy. | TAK | |  |
| Pulsoksymetria - moduł stacjonarny w 2 defibrylatorach | | | | |
| 30 | Pomiar saturacji w technologii zapewniającej eliminację artefaktów ruchowych i wynikających z niskiej perfuzji wraz z elastycznym czujnikiem na palec dla dorosłych i dla dzieci w zestawie. Technologia Masimo, Nellcor lub FAST. Możliwość zastosowania czujników wielo- i jednorazowych.  Zakres pomiarowy minimum 30-100%. | TAK | |  |
| Pulsoksymetria - moduł przenośny w 2 defibrylatorach | | | | |
| 31 | Waga poniżej 300 gram | TAK | |  |
| 32 | Zasilanie sieciowe 230V AC  50/60 Hz | TAK | |  |
| 33 | Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min. 9 godziny | TAK | |  |
| 34 | Czas ładowania akumulatorów – max. 6h | TAK | |  |
| 35 | Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100% | TAK | |  |
| 36 | Pomiar tętna w zakresie min. 15-300 bpm | TAK | |  |
| 37 | Wyświetlacz LCD kolorowy o przekątnej min. 3” | TAK | |  |
| 38 | Rozdzielczość – min. 240x400 pikseli | TAK | |  |
| 39 | Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 40 | Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 41 | Wyciszenie alarmów na min 2 min. | TAK | |  |
| 42 | Stopniowanie głośności alarmów | TAK | |  |
| 43 | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe | TAK | |  |
| 44 | Możliwość wyboru ustawień dla : dorosły/dziecko/noworodek | TAK | |  |
| Parametry wyświetlane | | | | |
| 45 | Częstość pulsu | TAK | |  |
| 46 | Procentowy pomiar SPO2 | TAK | |  |
| 47 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | TAK | |  |
| 48 | Siła pulsu | TAK | |  |
| 49 | Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator | TAK | |  |
| 50 | Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji | TAK | |  |
| 51 | Trendy graficzne min. 48godz. | TAK | |  |
| 52 | Krótki trend SpO2 oraz PR z min. ostatnich 15 min. | TAK | |  |
| 53 | Graficzny wskaźnik rozładowania baterii | TAK | |  |
| Pozostałe parametry | | | | |
| 54 | Port RS232 | TAK | |  |
| 55 | Na wyposażeniu czujnik pulsoksymetru na palec | TAK | |  |
| 56 | Możliwość instalacji w pionie lub w poziomie i odpowiedniego dostosowania wyświetlania parametrów. | TAK | |  |
| 57 | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | TAK | |  |
| 58 | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | TAK | |  |
| 59 | Możliwość podłączenia do drukarki | TAK | |  |
| NIBP w trzech defibrylatorach | | | | |
| 60 | Pomiar ciśnienia (NIBP). W wyposażeniu mankiet dla dorosłych z przewodem połączeniowym. Możliwość zastosowania innych rozmiarów mankietów.  Zakres pomiarowy minimum 20-260 mmHg.  Alarmy dla ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego.  Regulowany odstęp czasu pomiędzy pomiarami: min. od 1 minuty do 120 minut. | TAK | |  |
| CO2 w trzech defibrylatorach | | | | |
| 61 | Pomiar kapnografii (EtCO2) w strumieniu bocznym pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych. Zakres pomiarowy minimum 0‑98 mmHg. Przepływ próbki maksymalnie 60 ml/min. Pomiar oddechu w zakresie minimum 0‑120 odd/min. | TAK | |  |
| IBP w trzech defibrylatorach | | | | |
| 62 | Pomiar ciśnienia krwi metodą inwazyjną (w zakresie minimum –40-300 mmHg) oraz o pomiar temperatury. | TAK | |  |
| 63 | Wbudowane oprogramowanie do przeprowadzenia pełnego testu sprawności urządzenia (na żądanie obsługi). Przechowywanie wyników testu w pamięci urządzenia | TAK | |  |
| 64 | Torba transportowa | TAK | |  |
| 65 | Podstawa jezdna pod defibrylator lub zawieszenie | TAK | |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenia i wyposażenie 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. Defibrylator – 3 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **Defibrylator** | | | | |
| 1 | Defibrylator przenośny | | TAK |  |
| 2 | Zasilanie sieciowe w zakresie 100-240 VAC 50/60 Hz i akumulatorowe. | TAK | |  |
| 3 | Akumulatory bez efektu pamięci. Wyklucza się akumulatory niklowo-kadmowe. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego poziomu naładowania. | TAK | |  |
| 4 | Czas pracy z zasilania akumulatorowego (przy w pełni naładowanym akumulatorze)  - monitorowanie - min. 240 min.  - defibrylacja z energią 200 J - min. 20 wyładowań  - możliwość włączenia jednego lub dwóch akumulatorów | TAK | |  |
| 5 | Defibrylator wyposażony w zestaw łyżek dla dorosłych i dla dzieci, ze wskaźnikiem kontaktu ze skórą | TAK | |  |
| 6 | Ekran TFT LCD, kolorowy, wysokiej rozdzielczości i kontraście i o przekątnej min. 8,4 cala. Tryb pracy zwiększający czytelność ekranu w warunkach silnego oświetlenia zewnętrznego. | TAK | |  |
| 7 | Ciężar aparatu gotowego do pracy < 8 kg | TAK | |  |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna (kardiowersja) | TAK | |  |
| 9 | Tryb pracy ręczny i półautomatyczny.  W trybie półautomatycznym komendy głosowe w języku polskim. Płynne przejście pomiędzy trybami ręcznym i automatycznym | TAK | |  |
| 10 | Fala defibrylacji dwufazowa, zatwierdzona przez American Heart Association (AHA) jako standard opieki. | TAK | |  |
| 11 | Energia defibrylacji dwufazowej maksymalnie 200J | TAK | |  |
| 12 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej: minimum 20. W zakresie 1-10 J regulacja ze skokiem, co 1 J. Wybór energii za pomocą pokrętła. Możliwość automatycznego rozbrojenia defibrylatora. | TAK | |  |
| 13 | Czas ładowania do energii 200 J ≤ 5 sekund | TAK | |  |
| 14 | Ładowanie kondensatora, wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | TAK | |  |
| 15 | Automatyczna kompensacja parametrów z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta - z łyżek zewnętrznych i elektrod jednorazowych | TAK | |  |
| 16 | Defibrylacja przez łyżki i elektrody jednorazowe. Kabel do elektrod jednorazowych w zestawie. | TAK | |  |
| 17 | Zapis EKG z łyżek zewnętrznych, kabla EKG i jednorazowych elektrod do stymulacji/defibrylacji. Klasa CF. Sygnalizacja (alarmy) odłączenia elektrod. | TAK | |  |
| 18 | Pomiar częstości akcji serca w zakresie minimum 30-300 ud/min | TAK | |  |
| 19 | Wzmocnienie sygnału EKG: regulacja ręczna i automatyczna. | TAK | |  |
| 20 | Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca | TAK | |  |
| 21 | Prezentacja sygnału EKG na ekranie z możliwością ustawienia widoku 2 krzywych w kaskadzie. | TAK | |  |
| 22 | Wydruk EKG | TAK | |  |
| 23 | Drukarka termiczna na papier o szerokości minimum 50 mm. Możliwość wyboru rejestratora o szerokości 75 mm. | TAK | |  |
| 24 | Możliwość przesyłania lub przenoszenia danych do komputera. | TAK | |  |
| 25 | Pamięć wewnętrzna minimum 50 epizodów. Karta pamięci do archiwizacji i przenoszenia epizodów.  Do każdego epizodu zapamiętywany odcinek krzywej EKG. Zapamiętywanie minimum 5 godzin ciągłego zapisu EKG. | TAK | |  |
| 26 | Stymulacja przezskórna. Tryby pracy: „Rytm Sztywny" i „Na Żądanie". | TAK | |  |
| 27 | Częstość impulsów stymulatora co najmniej 30 *-*180 imp/min | TAK | |  |
| 28 | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 -170mA. Czas trwania impulsu 40 ms. Regulacja prądu stymulacji w skokach maksymalnie 5 mA | TAK | |  |
| 29 | Kabel EKG: min. 3- odprowadzeniowy. | TAK | |  |
| Pulsoksymetria - moduł stacjonarny w trzech defibrylatorach | | | | |
| 30 | Pomiar saturacji w technologii zapewniającej eliminację artefaktów ruchowych i wynikających z niskiej perfuzji wraz z elastycznym czujnikiem na palec dla dorosłych i dla dzieci w zestawie. Technologia Masimo, Nellcor lub FAST. Możliwość zastosowania czujników wielo- i jednorazowych.  Zakres pomiarowy minimum 30-100%. | TAK | |  |
| Pulsoksymetria - moduł przenośny w trzech defibrylatorach | | | | |
| 31 | Waga poniżej 300 gram | TAK | |  |
| 32 | Zasilanie sieciowe 230V AC  50/60 Hz | TAK | |  |
| 33 | Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min. 9 godziny | TAK | |  |
| 34 | Czas ładowania akumulatorów – max. 6h | TAK | |  |
| 35 | Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100% | TAK | |  |
| 36 | Pomiar tętna w zakresie min. 15-300 bpm | TAK | |  |
| 37 | Wyświetlacz LCD kolorowy o przekątnej min. 3” | TAK | |  |
| 38 | Rozdzielczość – min. 240x400 pikseli | TAK | |  |
| 39 | Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 40 | Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów | TAK | |  |
| 41 | Wyciszenie alarmów na min 2 min. | TAK | |  |
| 42 | Stopniowanie głośności alarmów | TAK | |  |
| 43 | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe | TAK | |  |
| 44 | Możliwość wyboru ustawień dla : dorosły/dziecko/noworodek | TAK | |  |
| Parametry wyświetlane | | | | |
| 45 | Częstość pulsu | TAK | |  |
| 46 | Procentowy pomiar SPO2 | TAK | |  |
| 47 | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej | TAK | |  |
| 48 | Siła pulsu | TAK | |  |
| 49 | Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator | TAK | |  |
| 50 | Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji | TAK | |  |
| 51 | Trendy graficzne min. 48godz. | TAK | |  |
| 52 | Krótki trend SpO2 oraz PR z min. ostatnich 15 min. | TAK | |  |
| 53 | Graficzny wskaźnik rozładowania baterii | TAK | |  |
| Pozostałe parametry | | | | |
| 54 | Port RS232 | TAK | |  |
| 55 | Na wyposażeniu czujnik pulsoksymetru na palec | TAK | |  |
| 56 | Możliwość instalacji w pionie lub w poziomie i odpowiedniego dostosowania wyświetlania parametrów. | TAK | |  |
| 57 | System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji | TAK | |  |
| 58 | Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2 | TAK | |  |
| 59 | Możliwość podłączenia do drukarki | TAK | |  |
| NIBP w trzech defibrylatorach | | | | |
| 60 | Pomiar ciśnienia (NIBP). W wyposażeniu mankiet dla dorosłych z przewodem połączeniowym. Możliwość zastosowania innych rozmiarów mankietów.  Zakres pomiarowy minimum 20-260 mmHg.  Alarmy dla ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego.  Regulowany odstęp czasu pomiędzy pomiarami: min. od 1 minuty do 120 minut. | TAK | |  |
| CO2 w trzech defibrylatorach | | | | |
| 61 | Pomiar kapnografii (EtCO2) w strumieniu bocznym pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych. Zakres pomiarowy minimum 0‑98 mmHg. Przepływ próbki maksymalnie 60 ml/min. Pomiar oddechu w zakresie minimum 0‑120 odd/min. | TAK | |  |
| IBP w trzech defibrylatorach | | | | |
| 62 | Pomiar ciśnienia krwi metodą inwazyjną (w zakresie minimum –40-300 mmHg) oraz o pomiar temperatury. | TAK | |  |
| 63 | Wbudowane oprogramowanie do przeprowadzenia pełnego testu sprawności urządzenia (na żądanie obsługi). Przechowywanie wyników testu w pamięci urządzenia | TAK | |  |
| 64 | Torba transportowa | TAK | |  |
| 65 | Podstawa jezdna pod defibrylator lub zawieszenie | TAK | |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenia i wyposażenie 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. Defibrylator półautomatyczny AED – 5 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **Defibrylator półautomatyczny AED** | | | | |
| 1 | Defibrylator półautomatyczny o uproszczonej obsłudze | | TAK |  |
| 2 | Impuls dwufazowy, opadający wykładniczo z funkcą korygowania parametru impulsu dla impedancji pacjenta | | TAK |  |
| 3 | Odporność na wodę i kurz, temperaturę, wytrzymałość na upadki | | TAK |  |
| 4 | Zasilanie bateryjne, wskaźnik naładowania baterii, minimum 4 lata przydatności do użycia | | TAK |  |
| 5 | Minimum 200 defibrylacji lub 4 godziny ciągłej pracy | | TAK |  |
| 6 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci poniżej 8 roku życia lub <25kg wagi  - elektrody dla dorosłych i pediatryczne kompatybilne z defibrylatorami innych producentów  - automatyczne rozpoznanie rodzaju elektrod ( automatyczna redukcja fali defibrylacyjnej i przełączenie na odpowiedni algorytm analizy EKG ) | | TAK |  |
| 7 | Wykrywanie artefaktów – analiza EKG mimo zakłóceń generowanych przez stymulatory | | TAK |  |
| 8 | Poziomy energii w zakresie  Dorośli: 150-200J  Dzieci: 50-80J | | TAK |  |
| 9 | Defibrylacja przy pomocy elektrod jednorazowych naklejanych na klatkę piersiową ( 1 kpl. elektrod pediatrycznych, 2kpl. dla dorosłych) | | TAK |  |
| 10 | Automatyczna analiza zapisu EKG | | TAK |  |
| 11 | Wyświetlanie krzywej EKG, liczby wstrząsów i komunikatów | | TAK |  |
| 12 | Funkcja codziennego automatycznego testu bez konieczności włączania urządzenia | | TAK |  |
| 13 | Wskaźnik statusu urządzenia widoczny bez włączania urządzenia | | TAK |  |
| 14 | Pamięć wewnętrzna z możliwością transmisji danych do komputera, w komplecie oprogramowanie do komputera umożliwiające odtworzenie zapisanej akcji wraz ze zdarzeniami, czasem, komunikatami i zapisem EKG | | TAK |  |
| 15 | Kontrola prawidłowości i częstości ucisków klatki piersiowej podczas zewnętrznego masażu serca – funkcja metronomu, wskaźnik na ekranie oraz komunikaty głosowe | | TAK |  |
| 16 | Polecenia głosowe i tekstowe służące do resuscytacji | | TAK |  |
| 17 | Komunikaty głosowe i tekstowe w języku polskim | | TAK |  |
| 18 | Ciężar z kompletem elektrod i baterią maksymalnie 3,2kg | | TAK |  |
| 19 | Torba transportowa | | TAK |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

Oświadczamy, że oferowane urządzenia i wyposażenie 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. Głowica USG przezprzełykowa – 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 oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **I** | **Głowica USG przezprzełykowa** |  |  |
|  | Szerokopasmowa głowica przezprzełykowa, wielopłaszczyznowa do wykonywania badań u pacjentów dorosłych typu 6Tc-RS | TAK |  |
|  | Współpraca z aparatem Vivid posiadanym przez Zamawiającego i dostarczenie niezbędnego oprogramowania | 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 7. Głowica USG przezprzełykowa 3D z oprogramowaniem – 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 oferty- w materiałach informacyjnych** |
| I | **Głowica USG przezprzełykowa 3D z oprogramowaniem** |  |  |
| 1 | Głowica przezprzełykowa objętościowa, wielopłaszczyznowa, wieloczęstotliwościowa, o konstrukcji matrycowej, z zakresem częstotliwości obrazowania 2D obejmującym przedział 3,5 -6,5 MHz | TAK, podać typ i częstotliwości |  |
| 2 | Obrazowanie w trybach 2D, 4D, M-mode, kolor doppler, pw-doppler, cw-doppler | TAK |  |
| 3 | Kąt obrazowania | TAK, ≥ 90° |  |
| 4 | Zakres regulacji ustawienia płaszczyzny skanowania ze skokiem co 1° | TAK, 0-180° |  |
| 5 | Głowica kompatybilna z echokardiografem Vivid E9 nr seryjny VE92179 posiadanym przez Zamawiającego | 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 8. Echokardiograf – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **I** | **Echokardiograf** |  |  |
| 1 | Lekki, mobilny aparat na kołach. | TAK |  |
| 2 | Ciężar aparatu max. 80 kg. | TAK |  |
| 3 | Maksymalna szerokość ≤ 60cm. | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 220-240V/16A. | TAK |  |
| 5 | Kolorowy monitor wysokiej rozdzielczości typu LCD lub OLED | TAK, Minimalna rozdzielczość  1200x800 pixeli |  |
| 5.1 | Minimalna przekątna; | TAK, 17”, podać |  |
| 5.2 | Możliwość obrotu monitora względem klawiatury; | TAK |  |
| 5.3 | Możliwość pochylenia monitora; | TAK |  |
| 6 | Możliwość podnoszenia i obniżania klawiatury wraz z monitorem. | TAK |  |
| 7 | Możliwość obrotu klawiatury wraz z monitorem. | TAK |  |
| 8 | Minimalny zakres częstotliwości głowic. | TAK, 1,5-13 MHz, podać |  |
| 9 | Maksymalna głębokość obrazowania. | TAK, ≥ 30 cm, podać |  |
| 10 | Maksymalna częstotliwość odświeżania obrazu (frame rate) w obrazowaniu 2D. | TAK, ≥ 700, podać |  |
| 11 | Maksymalna częstotliwość odświeżania obrazu (frame rate) w obrazowaniu kolor doppler. | TAK, ≥ 200, podać |  |
| 12 | Ciągłe, dynamiczne ogniskowanie wiązki odbieranej. | TAK |  |
| 13 | Powiększanie obrazów ruchomych w stosunku do ich rzeczywistej wielkości (ZOOM). | TAK, ≥ 16x  podać |  |
| 14 | Powiększanie obrazów zatrzymywanych w stosunku do ich rzeczywistej wielkości (ZOOM). | TAK, ≥ 16x  podać |  |
| 15 | Ilość niezależnych, aktywnych gniazd do podłączenia głowic obrazowych. | ≥ 3, podać |  |
| 16 | Gniazdo do podłączenia głowicy ołówkowej „ślepego” dopplera cw. | TAK |  |
| 17 | Możliwość współpracy z posiadaną przez Zamawiającego głowicą przezprzełykową typ 6T-RS | TAK |  |
| **II** | **GŁOWICE** |  |  |
| 1 | Sektorowa elektroniczna (Phased Array), wieloczęstotliwościowa głowica do badań transkranialnych i kardiologicznych o zakresie częstotliwości obrazowania 2D obejmującym przedział 1,6 – 3,5 MHz | TAK,  podać typ i częstotliwości |  |
| 1.1 | Głębokość obrazowania; | TAK, ≥ 29 cm, podać |  |
| 1.2 | Obrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/pw-doppler) w czasie rzeczywistym; | TAK |  |
| 1.3 | Możliwość obrazowania w trybie Dopplera spektralnego cw-D pod kontrolą obrazu 2D; | TAK |  |
| 1.4 | Obrazowane w technice 2 harmonicznej; | TAK,  minimum 4 pary częstotliwości harmonicznych (podać częstotliwości) |  |
| 1.5 | Możliwość pracy z dwoma ogniskami jednocześnie; | TAK |  |
| **III** | **TRYBY OBRAZOWANIA** |  |  |
| 1 | 2D | TAK |  |
| 1.1 | Podział ekranu na dwa obrazy; | TAK |  |
| 1.2 | Podział ekranu na 4 obrazy; | TAK |  |
| 1.3 | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej; | TAK |  |
| 1.4 | Możliwość regulacji wzmocnienia obrazów i pętli obrazowych w trybie 2D odtwarzanych z pamięci CINE i z twardego dysku; | TAK |  |
| 2 | 2D+M, M-mode. | TAK |  |
| 3 | Kolor M-mode. | TAK |  |
| 4 | Doppler spektralny z falą pulsacyjną (pw-D) | TAK |  |
| 4.1 | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy zerowym kącie; | TAK, ≥ 7,5 m/s, podać |  |
| 4.2 | Zakres regulacji korekcji kąta; | TAK, ± 0 – 90°, podać |  |
| 4.3 | Regulacja wielkości bramki; | TAK, 1 – 14 mm, podać |  |
| 4.4 | Możliwość ustawienia korekcji kąta i położenia linii zerowej na obrazach zapisanych w pamięci Cine i na twardym dysku; | TAK |  |
| 4.5 | Automatyczna optymalizacja spektrum (ustawienie linii bazowej i skali prędkości) przy użyciu jednego przycisku | TAK |  |
| 5 | Doppler spektralny z falą ciągłą (cw-D) | TAK |  |
| 5.1 | Sterowalny pod kontrolą obrazu 2D; | TAK |  |
| 5.2 | Maksymalna mierzona prędkość przy zerowym kącie; | TAK, ≥ 12 m/s, podać |  |
| 6 | Kolor doppler | TAK |  |
| 6.1 | Maksymalny zakres prędkości przepływu (przy środkowym ustawieniu linii zerowej); | TAK, ≥ ±2,75 m/s, podać |  |
| 6.2 | Możliwość regulacji wzmocnienia koloru na pętlach obrazowych odtwarzanych z pamięci (niezależnie od regulacji wzmocnienia 2D); | TAK |  |
| 7 | Power doppler. | TAK |  |
| 8 | Tkankowy doppler spektralny i kolorowy | TAK |  |
| 9 | Anatomiczny M-mode na obrazach „live” oraz obrazach zatrzymanych i z pamięci aparatu. | TAK |  |
| 10 | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazów 2D, dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego (triplex). | TAK |  |
| 11 | Jednoczesna prezentacja na podzielonym ekranie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazów: jednego w trybie 2D, drugiego w trybie 2D+kolor doppler. | TAK |  |
| 12 | Prezentacja na ekranie przebiegu EKG badanego pacjenta; | TAK |  |
|  | Kabel EKG na elektrody samoprzylepne – 3 odprowadzeniowy; | TAK |  |
| **IV** | **ARCHIWIZACJA** |  |  |
| 1 | Pojemność pamięci CINE dla obrazów 2D. | TAK, ≥ 5000 obrazów 2D |  |
| 2 | Archiwizacja raportów z badań, obrazów i pętli obrazowych na wewnętrznym twardym dysku o pojemności min. 100 GB. | TAK, podać pojemność dysku |  |
| 3 | Zainstalowany w ultrasonografie napęd dysków CD-R i DVD do zapisu obrazów, pętli obrazowych i raportów z badania. | TAK |  |
| 4 | Możliwość zapisu obrazów i pętli obrazowych na dysku CD-R i DVD w formatach JPEG, AVI, DICOM. | TAK |  |
| 5 | Możliwość zapisu obrazów i pętli obrazowych na pamięciach USB PenDrive w formatach JPEG, AVI (gniazdo USB z przodu aparatu). | TAK |  |
| 6 | Videoprinter monochromatyczny formatu A6. | TAK |  |
| 7 | Możliwość bezpośredniego podłączenia drukarki komputerowej do wydruku raportów z badań. | TAK |  |
| **V** | **MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY APARATU** | Opcje dostępne na dzień składnia ofert |  |
| 1 | Kolorowy doppler tkankowy. | TAK |  |
| 2 | Oprogramowanie do automatycznego obrysu lewej komory i automatycznego wyznaczania frakcji wyrzutowej. | TAK |  |
| 3 | Oprogramowanie do automatycznego obliczania IMT (Intima Media Thickness) | TAK |  |
| 4 | Obrazowanie do oceny funkcji skurczowej – skokowa koloryzacja segmentów mięśnia w zależności od jego przemieszczenia w fazie skurczu (kolor kineza) | TAK |  |
| 5 | Oprogramowanie do echokardiograficznej próby wysiłkowej | 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. Tor wizyjny urologiczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY\*** | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **I** | **Kamera medyczna endoskopowa 1 CCD** | TAK |  |
|  | Rozdzielczość:  - 1920x1080i  - 1280x720p  - 720x576p | TAK |  |
|  | Format obrazowania min.: 5:4 | TAK |  |
|  | Cyfrowe procesowanie obrazu | TAK |  |
|  | Port USB na sterowniku kamery umożliwiający bezpośrednią archiwizację w postaci zdjęć i sekwencji video na nośnikach zewnętrznych | TAK |  |
|  | Balans bieli z funkcją pamięci | TAK |  |
|  | Dwa przyciski funkcyjne na główce kamery | TAK |  |
|  | Czułość głowicy kamery nie gorsza niż 2 Lux | TAK |  |
|  | Główka kamery 1 CCD autoklawowalna | TAK |  |
|  | Obiektyw z połączeniem typu C, autoklawowalny | TAK |  |
|  | Ogniskowa obiektywu f=24 mm | TAK |  |
|  | Obiektyw kątowy (pendularny) z połączeniem typu C | TAK |  |
|  | Obiektyw kątowy (pendularny) o ogniskowej f=24 mm, , z obrotowym mechanizmem blokującym, rozdzielacz wiązki 10% oko, 90% kamera | TAK |  |
|  | Kabel łączący kamerę ze źródłem światła | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w wyjścia:  - 1x HDMI  - 1x SDI  - 1x YPbPr  - 1x S-Video  - 1x Composite | TAK |  |
| **II** | **Monitor medyczny** | TAK |  |
|  | Monitor medyczny LCD o przekątnej min. 26" | TAK |  |
|  | Rozdzielczość min.: 1920 x 1080 pikseli (Full HD) | TAK |  |
|  | Obrazowanie chirurgiczne NDS | TAK |  |
|  | Kąt widzenia min.:.178 ° (H), 178 ° (V) | TAK |  |
|  | Wyświetlane formaty obrazu min.: 5:4, 16:9 |  |  |
|  | Aktywna matryca TFT | TAK |  |
|  | Monitor wyposażony w wejścia/wyjścia:  - 3G-SDI / HD-SDI / SDI (BNC 2x in /1x out),  - DVI-D (2x in/1x out),  - RGB,  - HD-RGB,  - YPbPr and HD-YPbPr,  - (5x BNC) 1x in/1x out,  - VGA (15 pin. D-SUB 1x in),  - Y/C (S-VHS 1x in /1x out),  - Composite and SOG (BNC 2x in) | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wyświetlania z dwóch źródeł obrazowania – funkcja Picture-in-Picture (PiP) | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wyświetlania z dwóch źródeł obrazowania – funkcja Picture-and-Picture (PaP) | TAK |  |
|  | Mocowanie VESA (100 x 100mm) | TAK |  |
| **III** | **Źródło światła LED medyczne** | TAK |  |
|  | Funkcja włączania i wyłączania światła z przycisku główki kamery |  |  |
|  | Uniwersalne przyłącze światłowodowe - możliwość podłączenia światłowodów różnych producentów w tym firm Olympus, Storz, Wolf - bez konieczności zastosowania przejściówek lub/i adapterów. | TAK |  |
|  | Żywotność diody LED min. 30.000 godzin | TAK |  |
|  | Manualna regulacja natężenia światła w zakresie 2-100% | TAK |  |
|  | Temperatura koloru – 6500 K | TAK |  |
|  | Lampka kontrolna intensywności koloru | TAK |  |
|  | Identyfikacja podłączenia światłowodu – funkcja stand-by - automatyczne wyłączenie światła po wyjęciu światłowodu | TAK |  |
| **IV** | **Ureterorenoskop** | TAK |  |
|  | Kompaktowy ureterorenoskop o ciągłym przepływie | TAK |  |
|  | Średnica redukowana – 8/9,8 Fr | TAK |  |
|  | Długość robocza 430 mm | TAK |  |
|  | Długość całkowita 600 mm | TAK |  |
|  | Kąt optyki 5 stopni | TAK |  |
|  | Kanał roboczy i irygacyjny – 1x4,2 Fr, 1x 2,55 Fr | 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 ………./60/Med./2013**

**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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**,

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 wg pakietów1 - 8:

* **Pakiet 1\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 2\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 3\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 4\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 5\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 6\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 7\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 8\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……**
* **Pakiet 9\* ……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg. pakietu nr ……[[1]](#footnote-1)**

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 może naliczać odsetki podatkowe za zwłokę.
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 **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

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 Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych - Dz. U. Nr 107, poz. 679)).

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 w siedzibie Zamawiającego.

**§ 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 **5 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. **5 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 ( awarii ) 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 60/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

1. …………………… 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 60/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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3. 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 60/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[[2]](#footnote-2) 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 wykreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)