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

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 147/Med./2013**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO WG PAKIETÓW 1-7**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 907 z późn.zm. ), zwanej dalej również PZP oraz przepisów wykonawczych do PZP

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PONIŻEJ 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 …………….. 2013 r. ……................................................

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 **dostawę sprzętu medycznego wg Pakietów 1-7.**
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 możliwości składania ofert częściowych na całe poszczególne Pakiety 1-7.**
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 szczegółowo w **załączniku nr 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 (odpisu 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 stanowią jej integralną część.
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 16.04.1993r. (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

17.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 147/Med./2013**

*„****Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg Pakietów 1-7****”*

nie otwierać przed dniem18**.11.2013r. 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.**

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

Ocena spełniania w/w 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:**
2. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**,** sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ;
3. 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;
4. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 PZP, albo oświadczenie o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SIWZ.
	1. **Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu**

oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 PZP, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.

**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).

1. **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 ppkt 1) SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
	2. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 2), Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie,
2. **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt. 1 ppkt. 1) lit. a i c SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1 lit. b) SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – 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 złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju pochodzenia osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania – 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 z późn.zm.), 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 z późn.zm.)).
	* 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.**

1. **POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**
2. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1) lit. b) SIWZ.
3. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**ROZDZIAŁ V. USZCZEGÓŁOWIENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**1. Określenie** **przedmiotu** **zamówienia:**

**Dostawa sprzętu medycznego wg pakietów 1-7**

**Kod CPV: 33168000-5; 33100000-1; 33112200-0; 42931100-2; 33192130-2; 33123210-3; 33123210-3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość zakupu** |
| 1 | Wideolaparoskop | 1 szt |
| 2 | Hemochron - Aparat do pomiaru aktywnego czasu krzepnięcia (ACT) | 1 szt |
| 3 | Ultrasonograf z 3 głowicami i przystawką do biopsji nerek | 1 kpl. |
| 4 | Wirówka laboratoryjna cytologiczna | 1 szt |
| 5 | Łóżko szpitalne  | 33 szt |
| 6 | Kardiomonitor transportowy | 2 szt |
| 7 | Fotel laryngologiczny wielofunkcyjny | 1 szt |

**ROZDZIAŁ VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

**Realizacja przedmiotu zamówienia:**

Realizacja w okresie **: do 5 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

Sekcja Sprzętu Medycznego

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

**ROZDZIAŁ VII. 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 oferta 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 VIII. ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

Przedmiotowo istotne elementy umowy (essentialia negotii) związane ze sposobem realizacji zamówienia, warunkami umowy zawiera **Załącznik 3 do SIWZ**, w którym zaleca się wypełnić wszystkie miejsca wykropkowane z wyjątkiem numeru umowy, daty jej zawarcia oraz dołączyć go do 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. W przypadku zmiany stawki VAT, zmianie ulegnie kwota podatku VAT i cena ( wartość) brutto umowy/pakietu, a cena ( wartość netto) pozostanie niezmienna. Zamawiający będzie realizował zamówienie tylko do wysokości brutto umowy/pakietu.
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 IX. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY OFERTY**

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

1. W celu wyłonienia najkorzystniejszej oferty w świetle kryterium ceny, Zamawiający do porównania ofert będzie brał pod uwagę cenę brutto.
2. Wymagane jest by cena podana w ofercie obejmowała koszty dostawy do Zamawiającego
 i wszelkie inne koszty związane z przedmiotem zamówienia, w tym:
* koszty transportu krajowego i zagranicznego,
* koszty ubezpieczenia towaru w kraju i za granicą,
* opłat celnych i granicznych,
1. Waluta ceny oferowanej PLN;

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

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

**ROZDZIAŁ X. 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 18**.11.2013r.** do godz. **1000** 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 XI. 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** tel. (71) 7660 128/462, Sekcja Sprzętu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia.
* **Agnieszka Stanisławska** tel. (71) 7660 604; (71) 7660 550 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax.** (71) 7660 119, (71) 7660 550

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

**ROZDZIAŁ XII. 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. 12 a 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 XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca związany jest ofertą przez okres **30 dni**. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**ROZDZIAŁ XIV. 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 18.11.2013r. o godz. 1100. 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,

 - warunki płatności zawarte w ofercie.

**ROZDZIAŁ XV. 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 VII.
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 XVI. 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.

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

**ROZDZIAŁ XVII. 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 XVIII. 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 instalacji i przekazania - załącznik nr 3 ( zaleca się )
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) - Złącznik 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 1-7,**

 ***znak sprawy 147/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)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **30 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) oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) załączymy do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika
3. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (**Załącznik Nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. akceptujemy zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia: protokół instalacji i przekazania
 **(załącznik nr 3)**
6. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
7. **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 | Wideolaparoskop | 1 szt. |  |  |  |  |
| 2 | Hemochron - Aparat do pomiaru aktywnego czasu krzepnięcia (ACT) | 1 szt. |   |  |  |  |
| 3 | Ultrasonograf z 3 głowicami i przystawką do biopsji nerek | 1 kpl. |  |  |  |  |
| 4 | Wirówka laboratoryjna cytologiczna | 1 szt. |  |  |  |  |
| 5 | Łóżko szpitalne | 33 szt. |  |  |  |  |
| 6 | Kardiomonitor transportowy | 2 szt. |  |  |  |  |
| 7 | Fotel laryngologiczny wielofunkcyjny | 1 szt. |  |  |  |  |
| **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. Wideolaparoskop – 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** |
|  | **Wideolaparoskop** |  |  |
|  | Wideolaparoskop HD typu WA50012A, średnica 10 mm, kierunek widzenia 30°, długość robocza 325mm, autoklawowalny ,  | Tak |  |
|  | Wideolaparoskop HD typu WA50012A kompatybilny z torem wizyjnym posiadanym przez Szpital , Procesor wideo typ: OTV-S7Pro-6S, produkcji Olympus | 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 2. Aparat do pomiaru aktywnego czasu krzepnięcia (ACT) – 1 szt.**

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
|  | Pomiar ACT, APTT, PT, TT przy użyciu testów probówkowych ze stałym aktywatorem różnych producentów | TAK |  |
|  | Pomiar z krwi pełnej | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania jednocześnie dwóch niezależnych testów (dwie komory pomiarowe) | TAK |  |
|  | Odczyt kodów paskowych przez zewnętrzny skaner | TAK |  |
|  | Drukarka termiczna do wydruku wyników, danych pacjenta, itp. | TAK |  |
|  | Klawiatura numeryczna do wprowadzania danych pacjenta i obsługi | TAK |  |
|  | Baza danych pacjenta do 600 pomiarów – możliwość archiwizacji danych na zewnętrznym komputerze | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe, | TAK |  |
|  | Wyposażony w min. 2 złącza szeregowe i 1 równoległe | TAK |  |
|  | Łącze RS 232 do podłączenia do aparatu płuco-serce firmy Stockert | TAK |  |
|  | Duży wyświetlacz LCD pokazujący niezależnie każdy pomiar | TAK |  |
|  | Akustyczna i graficzna sygnalizacja komunikatów stanów alarmowych | TAK |  |
|  | Elektroniczne samotestowanie i kontrola aparatu warunkująca dokładność pomiarów | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru 0-1500 sek | TAK |  |
|  | Kompatybilny z aparatem Hemochron 401 | TAK |  |
|  | Czas nieprzerwanej pracy przy zasilaniu akumulatorowym min 5 h | TAK |  |
|  | waga max 3 kg | TAK, podać |  |
|  | zasilanie | podać |  |

\*odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SIWZ

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

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

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

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo)

**Pakiet 3. Ultrasonograf z 3 głowicami i przystawką do biopsji nerek– 1 kpl.**

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **I** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Aparat przenośny o wadze do 7 kg | TAK, podać |  |
|  | Aparat na wózku, mobilny, min. 2 koła wyposażone w hamulec | TAK |  |
|  | Data wprowadzenia modelu do produkcji nie wcześniej niż 2012 | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości głowic: min. 1,5-15 MHz | TAK, podać |  |
|  | Głębokość obrazowania: min 30 cm | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D (frame rate): min 200 Hz | TAK, podać |  |
|  | Dynamika systemu: min 244dB | TAK, podać |  |
|  | Minimalna ilość niezależnych gniazd do podłączenia głowic obrazowych: 2 | TAK, podać |  |
|  | Aparat wyposażony w gniazdo do głowicy dopplerowskiej (PEN) | TAK |  |
|  | Monitor kolorowy LCD o minimalnych parametrach: przekątnej 15“, 1024 x 768 pixeli, XGA | TAK, podać |  |
|  | Wielkość obrazu USG: min. 824 x 555 pixeli x 24 bit | TAK, podać |  |
|  | Pamięć CINE: min 3000 obrazów 2D | TAK, podać |  |
|  | Powiększanie obrazów ruchomych i zatrzymanych (ZOOM): min 4x | TAK, podać |  |
|  | Archiwizacja badań (raportów i obrazów) na wewnętrznym dysku oraz płytach CD i DVD | TAK |  |
|  | Wbudowany w aparat dysk twardy o pojemności min. 160 GB | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w port USB: min 2 | TAK, podać |  |
| **II** | **TRYBY OBRAZOWANIA** |  |  |
|  | 2D | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
|  | 2D+M, M-mode | TAK |  |
|  | Kolor M-mode | TAK |  |
|  | Anatomiczny M Mode | TAK |  |
|  | Doppler spektralny z falą pulsacyjną (PW) | TAK |  |
|  | Doppler spektralny z falą ciągłą (CW) sterowany pod kontrolą obrazu | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera spektralnego przy zerowym kącie: min. od 5cm/s do 9 m/s | TAK, podać |  |
|  | Color Doppler | TAK |  |
|  | Power Doppler | TAK |  |
|  | Doppler tkankowy kolorowy i spektralny | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera kolorowego: min. od 1,4cm/s do 4,5m/s | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D oraz Dopplera przy użyciu jednego przycisku | TAK, podać optymalizowane parametry |  |
|  | Prezentacja na ekranie sygnału EKG | TAK |  |
|  | Wbudowana w aparat bateria umożliwiająca niezależną pracę przez min. 1 godzinę | TAK |  |
|  | Oprogramowanie kardiologiczne z pakietem pomiarowym | TAK |  |
|  | Oprogramowanie naczyniowe z pakietem pomiarowym | TAK |  |
|  | Oprogramowanie ginekologiczne i położnicze z pakietem pomiarowym | TAK |  |
| **III** | **GŁOWICE I PRZYSTAWKI** |  |  |
|  | Sektorowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań kardiologicznych (Phased Array) o zakresie częstotliwości: 2 – 5 MHz  | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera spektralnego CW pod kontrolą obrazu 2D | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym obrazu 2D Dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego (PW)(triplex) | TAK |  |
|  | Maksymalny kąt skanowania: 90 stopni | TAK |  |
|  | Liniowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań naczyniowych, ortopedycznych, małych narządów o zakresie częstotliwości: 5 – 12 MHz | TAK |  |
|  | Długość czoła głowicy: min. 38 mm | TAK, podać |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym obrazu 2D Dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego (PW)(triplex) | TAK |  |
|  | Convexowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań przezbrzusznych, ginekologiczno – położniczych i naczyniowych o zakresie częstotliwości: 2-5 MHz | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym obrazu 2D Dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego (PW)(triplex) | TAK |  |
|  | Kąt skanowania: min. 60 stopni | TAK, podać |  |
|  | Przystawka biopsyjna do głowicy convex umożliwiająca wykonanie biopsji nerek | TAK |  |
| **IV** | **OPROGRAMOWANIE POMIAROWE** |  |  |
|  | Pomiary kardiologiczne | TAK |  |
|  | W prezentacji 2D | TAK |  |
|  | W prezentacji M | TAK |  |
|  | Pomiary w trybie Dopplera spektralnego | TAK |  |
|  | Pomiary metodą PISA | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w złącze sieci komputerowej oraz w możliwość zapisu i przesyłania obrazów w standardzie DICOM 3.0. Oprogramowanie do zainstalowania na PC umożliwiające zapis na dysku komputera obrazów w formacie DICOM. | TAK |  |
| **V** | **MOŻLIWOŚCI ROZBUDOWY DOSTĘPNE NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERT** |  |  |
|  | Oprogramowanie Stress echo do prób wysiłkowych i farmakologicznych wbudowane w aparat | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do obrazowania 3/4D z głowic objętościowych | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do analizy Strain  | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar Intima Media Thickness  | TAK |  |
|  | Głowice przezprzełykowe wielopłaszczyznowe do badań kardiologicznych  | 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 4. Wirówka laboratoryjna cytologiczna – 1 szt**.

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
|  | Wirówka cytologiczna sterowana mikroprocesorem | TAK |  |
|  | Waga: max. 15 kg | TAK, podać |  |
|  | Max. wymiary: 25 x 45 x 65cm | TAK, podać |  |
|  | Prędkość obrotowa programowana, w zakresie co najmniej od 200 do max 2000 obrotów/min. | TAK, podać |  |
|  | Programowana wielkość przyspieszenia i hamowania w min. 3 zakresach | TAK, podać |  |
|  | Pamięć: min. 22 programów  | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie aktualnej prędkości obrotowej oraz czasu pozostałego do końca wirowania. | TAK |  |
|  | Klawiatura wirówki odporna na zalanie. | TAK |  |
|  | Przeźroczysta pokrywa wirówki i wziernik umożliwiający obserwację przebiegu wirowania. | TAK |  |
|  | Łatwo zdejmowany rotor bez użycia narzędzi | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji wszystkich części rotora | TAK |  |
|  | Rotor wyposażony we własną pokrywę z uszczelką. | TAK |  |
|  | Rotor wyposażony, co najmniej 12 pojemników na próbki. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wirowania probówek o pojemnościach od 0,1 ml do 6 ml. | TAK |  |
|  | Możliwość wirowania podwójnych próbek - łącznie 24 próbki | TAK |  |
|  | System awaryjnego otwierania pokrywy w przypadku braku zasilania  | TAK |  |
|  | Alarm akustyczny nie wyważenia. | TAK |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna zakończenia wirowania | TAK |  |
|  | Pakiet startowy akcesoriów do prawidłowej pracy – zestaw kominków wielokrotnego użycia - 12 sztuk, klipsy metalowe – 12 sztuk, 200 sztuk filtrów. | TAK |  |
|  | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230 VAC 50 Hz. | 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 5. Łóżko szpitalne – 33 szt.**

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
|  | Łóżko szpitalne wielofunkcyjne sterowane elektrycznie, zasilanie 230 V, 50 Hz, sygnalizacją podłączenia do sieci | TAK |  |
|  | Długość zewnętrzna łóżka – 2140mm (+/-50mm)  | TAK, podać |  |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka – 950mm (+/-50mm) | TAK, podać |  |
|  | Leże łóżka składające się z czterech segmentów , wypełnione stalową siatką, wypełnione panelami tworzywowymi | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka jednorodne tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy  | TAK |  |
|  | Sterowanie elektryczne łóżkiem przy pomocy pilota przewodowego, oraz panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna wysokości leża, w minimalnym zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków | TAK, podać |  |
|  | regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5° | TAK, podać |  |
|  | regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 34° +/- 5° | TAK, podać |  |
|  | regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego, funkcji CPR – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | TAK |  |
|  | regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 15°– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | TAK, podać |  |
|  | regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | TAK, podać |  |
|  | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu umiejscowionym od strony szczytu nóg poza zasięgiem leżącego pacjenta) dla poszczególnych regulacji:- regulacji wysokości- regulacji części plecowej - regulacji części nożnej - regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga | TAK |  |
|  | Funkcja autoregresji oraz zaawansowanej autoregresji niwelujące ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm. | TAK |  |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów min. 85kg. | TAK, podać |  |
|  | Odłączenie wszelkich regulacji po 180 sekundach nie używania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) | TAK |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub tez o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze | TAK |  |
|  | Pojedyncze koła jezdne o średnicy min 125 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka. Koła posiadające blokadę ruchu oraz blokadę kierunku.  | TAK |  |
|  | 4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami | TAK |  |
|  | Wyposażenie łóżka:* Barierki boczne lakierowane jednoczęściowe składane wzdłuż ramy leża. Wysokość barierek min 450 mm odejmowane
* materac w nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze pokrowcu
* wieszak kroplówki
* wysięgnik z uchwytem
 | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru kolorystyki dla barierek i szczytów łóżek - min 10 propozycji | 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 6. Kardiomonitor transportowy – 2 szt**.

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
| **I** | **Kardiomonitor transportowy** |  |  |
|  | Kardiomonitor działający w komunikacji bezprzewodowej | TAK |  |
|  | Monitorowanie: EKG 3/5 odprow., SpO2, NIBP, 2 kanały temperatury, Respiracja | TAK |  |
|  | Prekonfigurowany tryb monitorowania dorosłych, dzieci i noworodków | TAK |  |
|  | Ekran kolorowy LCD/TFT, przekątna min. 8 cali, rozdzielczość min. 640 x 480 pikseli | TAK |  |
|  | Min. 4 krzywe na ekranie  | TAK |  |
|  | Prosta intuicyjna obsługa przez ekran dotykowy  | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V, 50 Hz oraz akumulatorowe, min. 2,0 godziny pracy. Akumulatory ładowane automatycznie podczas pracy urządzenia. Alarm rozładowania akumulatora.  | TAK |   |
|  | Komunikacja w języku polskim  | TAK |  |
|  | Trendy tabelaryczne wszystkich mierzonych parametrów min. 5 h  | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja ze stacją centralnego monitorowania w sieci WLAN 802.11 | TAK |  |
|  | Trzypoziomowy system alarmów wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |  |
|  | Alarmy sygnalizowane optycznie i akustycznie ze wskazaniem źródła | TAK |  |
|  | Możliwość synchronizacji z defibrylatorem | TAK |  |
|  | Ergonomiczny uchwyt do przenoszenia, możliwość zawieszenia kardiomonitora na ramie łóżka/ noszy | TAK |  |
|  | Uchwyt ścienny na kardiomonitor, z koszykiem na akcesoria dla każdego kardiomonitora | TAK |  |
|  | Automatyczna aktywacja funkcji monitorowania po przyłączeniu odpowiedniego czujnika | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie kardiomonitora przed impulsem defibrylującym  | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 V/ 50 Hz | TAK |  |
| **Wymagane parametry monitorowane**  |
| **II** | **EKG/RESP** |
|  | Monitorowanie min. 3 odprowadzeń EKG wyświetlanych jednoczasowo  | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod | TAK |  |
|  | Regulacja głośności sygnalizacji zespołu QRS | TAK |  |
|  | Zakres częstości akcji serca minimum 25-300 /min. | TAK |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG regulowane, min. 5 zakresów: 0,2; 0,5; 1,0; 2,0; 4,0 mV/cm | TAK |  |
|  | Prędkość przesuwu na ekranie: 12,5; 25; 50 mm/sek. | TAK |  |
|  | Pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja cyfrowa oraz krzywa dynamiczna | TAK |  |
|  | Wybór odprowadzenia użytego do pomiaru oddechu ( bez przepinania elektrod) w celu dopasowania do różnych sposobów oddychania: szczytami płuc, przeponą | TAK |  |
|  | Pomiar częstości oddechu w zakresie min. 3 - 150 /min. | TAK |  |
|  | 3 zakresy regulacji przesuwu krzywej oddechowej  | TAK |  |
|  | Regulacja amplitudy krzywej oddechowej: 1- 4 x | TAK |  |
|  | Kontrola bezdechu min. 6 – 30 sekund | TAK |  |
|  | Kabel EKG z odprowadzeniami -1 szt.  | TAK |  |
| **III** | **Ciśnienie nieinwazyjne NIBP** |
|  | Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy ustawiane dla każdej wartości | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy co najmniej od 20 do 260 mmHg | TAK |  |
|  | Tryb pracy automatyczny, z programowanym minimalnym zakresem interwałów od 1 min. do 60 min. oraz tryb ręczny (na żądanie)  | TAK |  |
|  | Funkcja synchronizacji pomiarów ciśnienia sygnałem EKG w celu eliminacji artefaktów | TAK |  |
|  | Funkcja ciągłych pomiarów ciśnienia w czasie 5 minut | TAK |  |
|  | Mankiety pomiarowe dla dorosłych – 2 sztuki standard, 1 szt. rozmiar duży na każdy kardiomonitor | TAK |  |
| **IV** | **Pulsoksymetria** |
|  | Pulsoksymetria w technologii umożliwiającej pomiary przy niskiej perfuzji i odpornej na artefakty ruchowe | TAK |  |
|  | Zapis numeryczny saturacji i pulsu  | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy saturacji min. 0–100 % | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy pulsu min 25 – 250/min. | TAK |  |
|  | Zapis krzywej pletyzmograficznej | TAK |  |
|  | Czujnik wielorazowy typu klips na palec dla dorosłych oraz czujniki jednorazowe na palec dla dorosłych min. 50 szt. na kardiomonitor | TAK |  |
| **V** | **Ciśnienie inwazyjne** |
|  | Zakres ciśnienia min. -30 do 300 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pulsu min. 25 do 250 ud/ minutę | TAK |  |
|  | Czułość przetwornika 5 µV/V/mmHg | TAK |  |
|  | Kpl. wielorazowych akcesoriów pomiarowych IBP  | TAK |  |
| **VI** | **Temperatura** |  |  |
|  | 2 kanały pomiarowe z pomiarem różnicy temperatur. Jednoczesne wyświetlanie wartości T1, T2, T2-T1 | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury powierzchniowej lub głębokiej | TAK |  |
|  | Zakres mierzonych temperatur min. 0 – 50 °C i dokładność pomiaru min 0,1 °C | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury odpowiednio – 1 szt. na każdy kanał pomiarowy | 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. Fotel laryngologiczny wielofunkcyjny – 1 szt.**

Wykonawca: ……………………………………………..

Nazwa i typ: ……………………………………………..

Producent/ Kraj : ……………………………………………..

Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy- nieużywany / 2013

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy / nr strony oferty- w materiałach informacyjnych** |
|  | Mobilny fotel medyczny z funkcją pełnej pozycji siedzącej i leżącej | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V/ 50Hz |  |  |
|  | Napęd elektryczny z baterii szybkowymiennej zainstalowanej w korpusie fotela oraz zasilanie z sieci | TAK |  |
|  | W zestawie dwie baterie + ładowarka do baterii | TAK |  |
|  | Sterowanie pilotem | TAK |  |
|  | Ilość segmentów – min.3: oparcie nóg, oparcie pleców, siedzisko | TAK, podać |  |
|  | Możliwość niezależnej regulacji min. następujących elementów, przy użyciu pilota:* + segmentu podparcia nóg
	+ segmentu podparcia pleców
	+ segmentu siedzenia
	+ przejście z pozycji siedzącej do leżącej i na odwrót
 | TAK, podać |   |
|  | Minimalny zakres regulacji fotela:* + segment podparcia nóg: 0° do -72°
	+ segment podparcia pleców: -5° do 75°
	+ segment siedzenia: 64 cm - 84 cm
 | TAK, podać |  |
|  | Minimalny zakres wysokości w pozycji siedzącej i leżącej: 64 cm - 84 cm | TAK, podać |  |
|  | Minimalna długość leża w pozycji rozłożonej: 195 cm | TAK, podać |  |
|  | Minimalna szerokość siedzenia: 60 cm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna całkowita szerokość fotela: 76 cm | TAK, podać |  |
|  | Segment oparcia pleców przezierny, umożliwiający obrazowanie RTG | TAK |  |
|  | Składane podłokietniki w poręczach bocznych | TAK |  |
|  | Minimalna wysokość poręczy bocznych: 32 cm | TAK, podać |  |
|  | Minimalna długość poręczy bocznych: 65 cm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne dopuszczalne obciążenie fotela nie mniejsze niż : 225 kg | TAK, podać |  |
|  | Koła o dużej sterowności o min. Średnicy 12 cm | TAK, podać |  |
|  | Jedno z czterech kółek z funkcją koła sterującego | TAK |  |
|  | Centralny hamulec blokujący wszystkie kółka | TAK |  |
|  | Funkcja centralnego hamulca i koła strujacego w tej samej dźwigni | TAK |  |
|  | Łatwo zmywalny materac umożliwiający szybki dostęp do ramy i korpusu fotela | TAK |  |
|  | Podnóżek zintegrowany z segmentem podparcia nóg, samoczynnie się wysuwający | TAK |  |
|  | Szybkie, ręczne zwolnienie podparcia pleców i przejście do pozycji CPR | TAK |  |
|  | Uchwyt do prowadzenia fotela | TAK |  |
|  | Poduszka zapewniająca odgięcie głowy | TAK |  |
|  | Możliwość wyposażenia w uchwyt na butlę z tlenem | 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 ………./147/Med./2013**

**kupna – sprzedaży**

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

**4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej,** z siedzibą **50-981 Wrocław, ul. Weigla 5, Regon** 930090240, **NIP** 899-22-28-956, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478, zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**, reprezentowanym przez:

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

a .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Regon** ……………., **NIP**………………zwanym dalej **WYKONAWCĄ,** reprezentowanym przez:...............................................

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego ( zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych t.j. Dz. U. z 2013r.
poz. 907 z późn.zm.) o wartości poniżej 130 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

1. Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę
i montaż ( jeżeli jest konieczny ) w miejscu wskazanym przez Zamawiającego sprzętu medycznego [[1]](#footnote-1):
2. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 1**
3. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 2**
4. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 3**
5. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 4**
6. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 5**
7. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 6**
8. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 7**

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

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony, zamontowany i odebrany sprzęt zapłaci Wykonawcy cenę obliczoną zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: …………………… zł (słownie: ………………………………...).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **………………………. zł** (słownie: ………………………).
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 montażu ( jeżeli jest on konieczny ) w siedzibie Zamawiającego orazkoszt gwarancji w tym 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 instalacji i przekazania, który zostanie podpisany po zainstalowaniu i uruchomieniu sprzętu, oklejeniu sprzętu naklejką informacyjną o dacie planowanego pierwszego przeglądu okresowego oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
3. Od należności nie uiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może naliczać odsetki za zwłokę w wysokości określanej na podstawie art. 56 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. – Ordynacja podatkowa( tj. Dz.U. z 2012r.poz.749 z późn.zm.).
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 5 tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Bartoszem Lisowskim tel. (71) 766 04 62. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru towaru w imieniu Zamawiającego są:
1. Agata Ładniak
2. Bartosz Lisowski
3. Kierownik/Ordynator właściwego Oddziału.
4. 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; nie dostarczenia sprzętu zastępczego lub nowego, o którym mowa w §5 ust.9 oraz
w przypadku nie otrzymania dotacji celowej.
5. 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), wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 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), Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia /Zgłoszenia do Prezesa Urzędu zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. nr 107, poz. 679 z późn.zm.).
6. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia towaru przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia go do miejsca wskazanego w Rozdziale IV SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
7. 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.
8. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 4 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest 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.
9. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie pracowników Warsztatu Naprawy Sprzętu Medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) z zakresu podstawowej konserwacji i obsługi w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 62.

**§ 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.
2. Wykonawca udziela gwarancji na okres ……………..miesięcy ( **min.** **24 miesięcy )** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu instalacji i przekazania sporządzonego po zainstalowaniu
i przekazaniu do użytkowania sprzętu oraz przeszkoleniu pracowników Zamawiającego.
3. 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.
4. Po wykonaniu naprawy, przeglądu okresowego Wykonawca ma obowiązek wystawić raport serwisowy oraz dokonać wpisu w paszporcie technicznym urządzenia wraz
z wyszczególnieniem części zamiennych oraz określeniem czy sprzęt jest sprawny
i nadaje się do dalszej eksploatacji. Po wykonaniu przeglądu okresowego Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia certyfikatu potwierdzającego sprawność urządzeń oraz oklejenia sprzętu naklejką z datą wykonania przeglądu oraz datą jego ważności. Wykonawca ma obowiązek pozostawienia kopi raportu serwisowego u użytkownika oraz przesłania jego skanu na adres e-mail **ssm@4wsk.pl**. Certyfikat potwierdzający sprawność urządzenia winien być przesłany na adres szpitala z dopiskiem „Sekcja Sprzętu Medycznego”.
5. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić naprawy w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta urządzenia.
6. 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.
7. 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. 11. 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.
8. W wypadku 3 nieskutecznych napraw tego samego podzespołu sprzętu Wykonawca zobowiązany jest wymienić podzespół na nowy.
9. 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).
10. Zamawiający wskazuje osoby odpowiedzialne i uprawnione do zgłaszania wszelkich awarii aparatury, uzgodnienia terminu przyjazdu przedstawicieli wykonawcy w ramach serwisu i odbioru wykonanych prac - Sekcja Sprzętu Medycznego:
11. Natalia Wilk tel. (071) 7660 468
12. Agata Ładniak tel. (071) 7660 128
13. Małgorzata Paś tel. (071) 7660 468
14. Anna Błaszkowska tel. (071) 7660 468
15. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzony fax. na nr **…………………….**.
16. Adresy punktów serwisowych:

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

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

1. Serwis wykonywany w siedzibie Zamawiającego w godzinach 7:30-14:00 uzgadniany będzie z pracownikami Sekcji Sprzętu Medycznego Zamawiającego. Czynności wykonywane poza tymi godzinami będą indywidualnie uzgadniane z Pielęgniarką Oddziałową. Osoby upoważnione do kontaktu z Wykonawcą zostały wyszczególnione w ust. 10.
2. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. Warunki gwarancji przekazane wraz ze sprzętem będącym przedmiotem umowy winny zawierać co na najmniej zapis niniejszego §.
3. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577
i następnych Kodeksu Cywilnego.
4. Do odpowiedzialności wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej gwarancji stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej.
6. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej wraz z częściami zamiennymi przez autoryzowany serwis w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy na warunkach odrębnej umowy/umów oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) załączy do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika

**§ 6**

**Kary umowne**

1. W razie nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę:
2. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku opóźnienia w wykonaniu dostawy, za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu określonego §4 ust. 1 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego,
3. w wysokości 0,15 % ceny brutto wadliwego sprzętu w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii), za każdy dzień opóźnienia,
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto wadliwego sprzętu, w przypadku nie dostarczenia sprzętu zastępczego zgodnie z §5 ust. 9, za każdy dzień opóźnienia,
5. 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),
6. w wysokości 5% ceny brutto umowy, od której realizacji odstąpiono w całości lub części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
7. 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 ust. 5, 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (t.j. Dz. U. 2013 poz. 217 j.t.)) 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 147/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 | Numerseryjny | 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
* wykaz czynności serwisowych, które mogą byc wykonywane przez uzytkownika samodzielnie, nieskutkujące utratą gwarancji
1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:

…………………… w godz. ……………
…………………… w godz. ……………

1. 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 147/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. nieporzebne pominąć / skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)