# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z PoliklinikąSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 66/Med./2014**

 **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO wg pakietów 1- 21**

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 POWYŻEJ 134 000 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 .................2014r. ……................................................

 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:**

Pakiet 1. Videolaparoskop – 1 kpl.

Pakiet 2. Bronchofiberoskop – 1 kpl.

Pakiet 3. Łóżka szpitalne OIOM – 4 szt.

Pakiet 4. Pompy infuzyjne – 10 szt.

Pakiet 5. Respirator transportowy – 1 szt.

Pakiet 6. Lampa bezcieniowa – 1 szt.

Pakiet 7. Macerator – 2 szt.

Pakiet 8. Myjka do basenów – 2 szt.

Pakiet 9. Materac przeciwodleżynowy – 10 szt.

Pakiet 10. Spirometr – 1 kpl.

Pakiet 11. Kapilaroskop – 1 szt.

Pakiet 12. Podnośnik pacjenta – 2 kpl.

Pakiet 13. Aparat EKG – 3 szt.

Pakiet 14. Hak chirurgiczny – 1 kpl.

Pakiet 15. Laser urologiczny – 1 kpl.

Pakiet 16. Diatermia – 1 kpl.

Pakiet 17. Tympanometr kliniczny – 1 kpl.

Pakiet 18. Aparat kalkulacji soczewek – 1 kpl.

Pakiet 19. Łóżka szpitalne – 20 kpl.

Pakiet 20. Osłona RTG – 10 kpl.

Pakiet 21. Stół operacyjny ortopedyczny – 1 szt.

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.

3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.

**4. Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych na całe poszczególne pakiety 1 - 21.**

5. Zamawiający nie przewiduje zamówienia uzupełniającego, o którym mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 PZP.

6. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.

7. Przedmiot zamówienia został opisany w rozdziale **V SIWZ** oraz w **załączniku nr 2 i nr 2a**do niniejszej SIWZ.

8. Szczegółowe zasady podpisania, realizacji umowy oraz jej zakończenia zawarte są we wzorze umowy – w **załączniku 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 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 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: 66/Med./2014

**„Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 21”**

nie otwierać przed dniem **08.10.2014r.** godz. 1100

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

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

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

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

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

Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Za spełnienie wymogu Zamawiający uzna posiadanie przez wykonawcę środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości min**. 1.979.000,00 zł** (słownie: jeden milion dziewięćset siedemdziesiąt dziewięć tysięcy złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b PZP). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet**  | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | 510.000,00 |
| **2** | 42.500,00 |
| **3** | 204.000,00 |
| **4** | 34.000,00 |
| **5** | 25.500,00 |
| **6** | 102.000,00 |
| **7** | 60.000,00 |
| **8** | 51.000,00 |
| **9** | 34.000,00 |
| **10** | 12.500,00 |
| **11** | 17.000,00 |
| **12** | 33.000,00 |
| **13** | 23.000,00 |
| **14** | 42.500,00 |
| **15** | 170.000,00 |
| **16** | 65.000,00 |
| **17** | 42.500,00 |
| **18** | 85.000,00 |
| **19** | 170.000,00 |
| **20** | 60.000,00 |
| **21** | 195.500,00 |

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.552.500,00 zł (510.000,00zł + 42.500,00 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 zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	4. aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	5. 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.
	6. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5, albo informację 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) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. a, f SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. b-e 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 zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
3. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. 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.
2. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U.z 2010r, 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.

***( nie dotyczy pakietów: nr 7 Macerator, nr 8 Myjka do basenów oraz nr 20 Osłona RTG)***

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. Wypełniony bez wyjątku formularz ofertowy stanowiący Załącznik Nr 1 do SIWZ.
3. 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.
4. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego:**

Pakiet 1. Videolaparoskop – 1 kpl.

Pakiet 2. Bronchofiberoskop – 1 kpl.

Pakiet 3. Łóżka szpitalne OIOM – 4 szt.

Pakiet 4. Pompy infuzyjne – 10 szt.

Pakiet 5. Respirator transportowy – 1 szt.

Pakiet 6. Lampa bezcieniowa – 1 szt.

Pakiet 7. Macerator – 2 szt.

Pakiet 8. Myjka do basenów – 2 szt.

Pakiet 9. Materac przeciwodleżynowy – 10 szt.

Pakiet 10. Spirometr – 1 kpl.

Pakiet 11. Kapilaroskop – 1 szt.

Pakiet 12. Podnośnik pacjenta – 2 kpl.

Pakiet 13. Aparat EKG – 3 szt.

Pakiet 14. Hak chirurgiczny – 1 kpl.

Pakiet 15. Laser urologiczny – 1 kpl.

Pakiet 16. Diatermia – 1 kpl.

Pakiet 17. Tympanometr kliniczny – 1 kpl.

Pakiet 18. Aparat kalkulacji soczewek – 1 kpl.

Pakiet 19. Łóżka szpitalne – 20 kpl.

Pakiet 20. Osłona RTG – 10 kpl.

Pakiet 21. Stół operacyjny ortopedyczny – 1 szt.

|  |  |
| --- | --- |
| 33168000-5 | Przyrządy do endoskopii, endochirurgii |
| 33168100-6 | Endoskopy |
| 33192130-2 | Łóżka |
| 33100000-1 | Urządzenia medyczne |
| 44611200-8 | Respiratory |
| 31524110-9 | Lampy używane na salach operacyjnych  |
| 39143112-4  | Materac przeciwodleżynowy |
| 33123200-0 | Urządzenia do elektrokardiografii |
| 33169100-3 | Lasery chirurgiczne |
| 33161000-6 | Urządzenia elektrochirurgiczne |
| 33190000-1 | Różne urządzenia i produkty medyczne |
| 33111000-1 | Aparatura rentgenowska |
| 33162100-4 | Urządzenia używane na salach operacyjnych |

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **do 4 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. 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 Wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **42.400,00** **zł** (słownie: czterdzieści dwa tysiące czterysta złotych, 00/100), na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet**  | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | 11.000,00 |
| **2** | 900,00 |
| **3** | 4.500,00 |
| **4** | 750,00 |
| **5** | 550,00 |
| **6** | 2.200,00 |
| **7** | 1.100,00 |
| **8** | 950,00 |
| **9** | 750,00 |
| **10** | 300,00 |
| **11** | 350,00 |
| **12** | 700,00 |
| **13** | 500,00 |
| **14** | 900,00 |
| **15** | 3.700,00 |
| **16** | 1.400,00 |
| **17** | 900,00 |
| **18** | 1.850,00 |
| **19** | 3.700,00 |
| **20** | 1.100,00 |
| **21** | 4.300,00 |

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **08.10.2014r.** 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 **08.10.2014r.** 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 nr 1 - 21 ”****,* ***znak sprawy: 66/Med./2014”***

***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!**

**W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet w formie gwarancji ubezpieczeniowej lub bankowej, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)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 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. 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. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji.
4. 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).
5. Możliwość wydłużenia terminu dostawy, możliwość wydłużenia ostatecznego terminu odbioru.

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

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

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

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

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

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

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w Rozdziale I niniejszej SIWZ oraz opatrzonych wyraźną uwagą „**NIE OTWIERAĆ W KANCELARII”** należy złożyć do dnia **08.10.2014r** 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:
* **Wiesław Król** tel. (71) 7660 128 (468), Sekcja Sprzetu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Piotr Adamaszek** tel. (71) 7660 119, 7660 550, Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax:** (71) 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 08.10.2014r. 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 instalacji i przekazania/Protokół zdawczo-odbiorczy - ***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) - z****ałącznik nr 5***

**Podpisy członków komisji**

1. Przewodniczący Piotr Strąk .......................................

 *zapoznałem się i akceptuję*

1. Z-ca Przewodniczącego Grzegorz Jędrzejczyk ........................................

*zapoznałem się i akceptuję*

1. Członek Wiesław Król .......................................

*zapoznałem się i akceptuję*

1. Członek Grażyna Wojtczak .......................................

*zapoznałam się i akceptuję*

1. Sekretarz Piotr Adamaszek ........................................

*zapoznałem się i akceptuję*

**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 nr 1 - 21;***

***znak sprawy 66/Med./2014,***

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

*Oświadczamy, że oferujemy* ***sprzedaż i******dostawę sprzetu medycznego,*** *zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZ**oraz formularzem cenowym za:*

**Pakiet ( 1 – 21)\***

 ***( \* Wskazane jest podanie nr , wypełnienie i załączenie tylko tych pakietów, w których Wykonawca składa ofertę) np.***

**Pakiet nr 1\***

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) 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/protokół zdawczo - odbiorczy **(załącznik nr 3)**
6. **Wadium w kwocie ......................... zł zostało wniesione w dniu ................... w formie ...........................................................................................................................................**
7. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
8. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

*\* Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) 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** | **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto****[zł]**  | **Cena brutto****[zł]**  | **Nazwa producenta/****Nazwa handlowa/****numer katalogowy/** |
| **1** | Videolaparoskop  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **2** | Bronchofiberoskop  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **3** | Łóżka szpitalne OIOM  | 4 szt. |  |  |  |  |
| **4** | Pompy infuzyjne  | 10 szt. |  |  |  |  |
| **5** | Respirator transportowy  | 1 szt. |  |  |  |  |
| **6** | Lampa bezcieniowa  | 1 szt |  |  |  |  |
| **7** | Macerator  | 2 szt. |  |  |  |  |
| **8** | Myjka do basenów  | 2 szt. |  |  |  |  |
| **9** | Materac przeciwodleżynowy  | 10 szt. |  |  |  |  |
| **10** | Spirometr  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **11** | Kapilaroskop  | 1 szt. |  |  |  |  |
| **12** | Podnośnik pacjenta  | 2 kpl. |  |  |  |  |
| **13** | Aparat EKG  | 3 szt. |  |  |  |  |
| **14** | Hak chirurgiczny  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **15** | Laser urologiczny  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **16** | Diatermia  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **17** | Tympanometr kliniczny  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **18** | Aparat kalkulacji soczewek  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **19** | Łóżka szpitalne  | 20 kpl. |  |  |  |  |
| **20** | Osłona RTG  | 10 kpl. |  |  |  |  |
| **21** | Stół operacyjny ortopedyczny  | 1 szt. |  |  |  |  |

………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. Videolaparoskop – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  |  |  |  |
| **I** | **Procesor wideo 1 szt.** | TAK |  |
|  | Systemy telewizyjne HDTV 1920x1080i | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia parametrów pracy kamery dla różnych specjalności lub użytkowników | TAK |  |
|  | Wyjścia analogowe min. RGB, Y/C, | TAK |  |
|  | Wyjścia cyfrowe min. HDSDI, SDI, DVI | TAK |  |
|  | Współpraca z głowicami kamer HDTV 1CCD i 3CCD | TAK |  |
|  | Współpraca z wideolaparoskopami HD i SD z kamerą wbudowaną w końcówkę laparoskopu oraz wideocystoskopami HD i SD, wideoureterorenoskopami, wideolaryngoskopami | TAK |  |
|  | Archiwizacja obrazu, w postaci zdjęć, za pomocą przycisku na głowicy kamery, wideolaparoskopu, wideoendoskopu, na pamięci przenośnej USB i pamięci wewnętrznej procesora. Możliwość opisu zdjęć przy pomocy klawiatury procesora obrazu. Możliwość zapisu na pamięci USB oraz w pamięci procesora, ustawień sterownika obrazu właściwych dla min. 20 użytkowników. Połączenie SDI/HD SDIz systemem nagrywania i archiwizacji w systemie (osobny element). | TAK |  |
|  | Dwa dowolnie programowalne przyciski funkcyjne na panelu centralnym | TAK |  |
|  | Polski język menu | TAK |  |
|  | Klawiatura z możliwością edycji danych na monitorze oraz kontroli funkcji menu kamery. | TAK |  |
|  | Automatyczne sterowanie intensywnością oświetlenia w źródle światła | TAK |  |
|  | Funkcja mierzenia najjaśniejszego punktu obrazu w celu dostosowania intensywności światła, aktywowana z panelu procesora lub głowicy kamery i wideolaparoskopu | TAK |  |
|  | Zoom cyfrowy | TAK |  |
|  | Możliwość przypisania różnych funkcji do każdego przycisku sterującego na głowicy kamery, wideolaparoskopu lub wideoendoskopu dla rożnych użytkowników lub specjalności | TAK |  |
|  | Możliwość zapisania danych dla min. 40 pacjentów | TAK |  |
|  | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami bloku operacyjnego | TAK |  |
|  | Możliwość sterowania źródłem światła z przycisków funkcyjnych wideoendoskopu, głowicy kamery, wideolaparoskopu | TAK |  |
| **II** | **Ksenonowe źródło światła 1 szt.** | TAK |  |
|  | Moc źródła światła min. 300 W | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja jasności światła | TAK |  |
|  | Wbudowana, automatycznie włączana żarówka zapasowa w przypadku uszkodzenia lampy głównej | TAK |  |
|  | Miernik czasu pracy żarówki min 500h | TAK |  |
|  | Wyposażone w filtr optyczny blokujący pasmo czerwone w widmie światła białego dla lepszego uwidocznienia struktur naczyń krwionośnych | TAK |  |
|  | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami bloku operacyjnego | TAK |  |
| **III** | **Monitor medyczny LCD 1 szt.** | TAK |  |
|  | Rozdzielczość ekranu 1920x1080, 1073 milionów kolorów (1,07 miliardów kolorów) | TAK |  |
|  | Format obrazu 16:9, współczynnik kontrastu (kontrastowość) LCD 1400:1 | TAK |  |
|  | Przekątna ekranu min 26”. Kąt widzenia (H/V - horyzontalnie / wertykalnie) 1780/1780  | TAK |  |
|  | Sygnał wejścia/wyjścia min. RGB, SDI ( HD i SD ), Video, DVI | TAK |  |
|  | Pracujący w standardzie HDTV, matryca 10-cio bitowa zgodna z procesorem obrazu | TAK |  |
|  | Funkcja POP i PIP | TAK |  |
| **IV** | **Wideolaparoskop 2 szt.** | TAK |  |
|  | Kąt patrzenia 30 stopni | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna 10 mm | TAK |  |
|  | Długość robocza 300-330 mm | TAK |  |
|  | Kontener do sterylizacji | TAK |  |
|  | Autoklawowalny | TAK |  |
|  | Rozdzielczość i lokalizacja przetwornika CCD: przetwornik CCD HDTV na końcu dystalnym wideolaparoskopu. Format obrazu 16:9 | TAK |  |
|  | Min. trzy przyciski funkcyjne | TAK |  |
|  | Światłowód zintegrowany z przewodem transmisyjnym wideolaparoskopu | TAK |  |
|  | Funkcja zapobiegania parowaniu –podgrzewanie końcówki laparoskopu | TAK |  |
| **V** | **Nagrywarka medyczna 1 szt.** | TAK |  |
|  | Nagrywarka w systemie HD z wewnętrznym dyskiem min 320 GB oraz możliwością nagrania na nośniku USB (dysk zewnętrzny, pen-drive lub przekaz do sieci szpitalnej Ethernet)) | TAK |  |
|  | LCD monitor (kolorowy) – kontrolujący nagrywany obraz. Przyciski nagrywarki zabezpieczone, możliwość mycia środkami dezynfekującymi. | TAK |  |
|  | Format nagrywania obrazu: H264/MPEG4 (1080, 720, NTSC, PAL) | TAK |  |
|  | Złącza USB - 3 sztukiUSB w wersji min 2.0 high speed | TAK |  |
| **VI** | **Insuflator z automatyczną funkcją oddymiania 1 szt.** | TAK |  |
|  | Ciśnienie przepływu dwutlenku węgla, 3-25mmHg | TAK |  |
|  | Przepływ dwutlenku węgla max 45 l/min | TAK |  |
|  | Funkcja oddymianie pola operacyjnego za pomocą drugiego drenu | TAK |  |
|  | Alarm dźwiękowy i świetlny przekroczenia zadanego ciśnienia | TAK |  |
|  | Automatyczna desuflacja pacjenta po przekroczeniu zadanych parametrów | TAK |  |
|  | Wskaźnik słupkowy objętości zużytego gazu | TAK |  |
|  | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami endoskopowymi bloku operacyjnego | TAK |  |
|  | Dreny na wyposażeniu urządzenia:autoklawowalne niskociśnieniowe dreny do insuflacji 2 szt. i oddymiania 2 szt.; przewód wysokociśnieniowy do butli CO2 1 szt. | TAK |  |
|  | 2 tryby insuflacji: normalny 3-25mmHg i małych przestrzeni 3-15mmHg | TAK |  |
| **VII** | **Pompa płucząca z wyposażeniem 1 szt.** | TAK |  |
|  | Przepływ max.1,8l/min. | TAK |  |
|  | Rękojeść ssąco-płucząca z oddzielnymi dźwigniami ssania i irygacji pozwalającymi na płynną regulację ssania i irygacji – 2 szt. | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany kanałów ssącego i irygacyjnego przez użytkownika w rękojeści ssąco-płuczącej | TAK |  |
|  | Średnica kanału ssącego w rączce min. 10 mm | TAK |  |
|  | Wszystkie elementy autoklawowalne | TAK |  |
|  | Rurka ssąco-płucząca do montowania w rękojeści, średnica 10 mm długości min. 300 – 360 mm – 2 szt. | TAK |  |
|  | Rurka ssąco-płucząca do montowania w rękojeści, średnica 10 mm, długość robocza 300-360 mm, z końcówką o średnicy 1.5mm do aspiracji – 2szt. | TAK |  |
| **VIII** | **Wózek do zestawu** | TAK |  |
|  | Wózek z półkami na elementy zestawu, podstawą na klawiaturę oraz ramieniem na monitor (możliwość blokowania ramienia monitora na wózku podczas przewożenia zestawu) | TAK |  |
|  | Wykonany z materiału pozwalającego na dezynfekcję. | TAK |  |
|  | Jezdny z czterema pojedynczymi kołami antystatycznymi z blokadą | TAK |  |

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

**Pakiet 2. Bronchofiberoskop – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Bronchofiberoskop diagnostyczno-zabiegowy – 1 kpl.** |  |  |
|  | Średnica kanału roboczego – min.: 3,0 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika – max.: 6,0 mm | TAK |  |
|  | W pełni rozbieralny i autoklawowalny zawór ssania | TAK |  |
|  | Kąt obserwacji – min.: 120° | TAK |  |
|  | Głębia ostrości min.: 3 - 50 mm | TAK |  |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu :a) w górę min 180  0  b) w dół min. 130 0  | TAK |  |
|  | Końcówka aparatu przystosowana do zabiegów elektrochirurgicznych HF | TAK |  |
|  | Tester szczelności z automatyczną pompą:test szczelności endoskopu powinien odbywać się w płynie poprzez zanurzenie go i automatyczne podanie powietrza pompą  | TAK |  |
|  | Średnica kanału roboczego – min.: 3,0 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika – max.: 6,0 mm | TAK |  |
|  | W pełni rozbieralny i autoklawowalny zawór ssania | TAK |  |
|  | Kąt obserwacji – min.: 120° | TAK |  |
|  | Głębia ostrości min.: 3 - 50 mm | TAK |  |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu :a) w górę min 180  0  b) w dół min. 130 0  | TAK |  |
|  | Końcówka aparatu przystosowana do zabiegów elektrochirurgicznych HF | TAK |  |
|  | Tester szczelności z automatyczną pompą:test szczelności endoskopu powinien odbywać się w płynie poprzez zanurzenie go i automatyczne podanie powietrza pompą  | TAK |  |
|  | Średnica kanału roboczego – min.: 3,0 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika – max.: 6,0 mm | TAK |  |

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

**Pakiet 3. Łóżka szpitalne OIOM – 4 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Łóżka szpitalne** |  |  |
|  | Łóżko spełniające najnowsze obowiązujące normy bezpieczeństwa EN 60601-2-52 z systemem pomiaru masy ciała pacjenta, przechyłami bocznymi oraz możliwością współpracy z ramieniem C na odcinku od głowy do miednicy | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym o podłączeniu do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu | TAK |  |
|  | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na nowoczesnej konstrukcji opartej na trzech kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Nie dopuszcza się rozwiązań konstrukcyjnych opartych na pantografie, mechanizmach korbowych czy też kolumnach niecylindrycznych niezabezpieczonych przed wnikaniem zanieczyszczeń – posiadających wiele trudnodostępnych miejsc – utrudniających lub tez uniemożliwiających skuteczną dezynfekcje/czyszczenie łóżka/ i zwiększających ryzyko powstawania infekcji a co za tym idzie narażające na niebezpieczeństwo pacjenta i powodujące powstawanie kolejnych kosztów dla szpitala (dodatkowa terapia, dodatkowe koszty) | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka wyjmowane od strony nóg i głowy umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta w sytuacjach tego wymagających  | TAK |  |
|  | Barierki boczne dzielone spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52 | TAK |  |
|  | Barierki boczne o wysokości minimum 45cm umożliwiające stosowanie z łóżkiem zaawansowanych systemów antyodleżynowych czy też innych rozwiązań klinicznych o wysokości do najmniej 23 cm (czyli pozostawiające co najmniej 22 cm od powierzchni leża pacjenta do górnej krawędzi barierek) – wymóg bezpieczeństwa dyktowany przez normę | TAK PODAĆ |  |
|  | Barierki boczne wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. Nie dopuszcza się ciężkich barierek o wadze przewyższającej 5 kg danego segmentu barierki | TAK |  |
|  | Barierki boczne jednorodne wykonane w technologii zapewniającej brak potencjalnych miejsc mogących sprzyjać szerzeniu infekcji (np. w technologii „rozdmuchu” , odlane jednorodnie w formach). Nie dopuszcza się barierek montowanych łączonych z kilku elementów co na łączeniach będzie tworzyło zagrożenie opisane powyżej. | TAK |  |
|  | Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG w pozycji leżącej i siedzącej pacjenta / segment pleców wyposażony w pozycjoner kasety RTG pod leżem łóżka/ nie dopuszcza się rozwiązań niebezpiecznych dla pacjenta wymagających jego przemieszczania przy wykonywaniu zdjęć (np. wkładania kasety RTG pod materac lub pacjenta bezpośrednio co jest wysoce niewskazane przy obrażeniach wielonarządowych czy też po poważnych operacjach) .Pozycjoner kasety pod segmentem pleców wyposażony w system naprowadzający ustawienie w celu wykonania poprawnego zdjęcia pozwalającego na diagnozę stanu płuc pacjenta czy to w przypadkach respiratorowego zapalenia płuc czy też bezpowietrzności miąższu płucnego spowodowana zamknięciem oskrzela doprowadzającego powietrze do określonego obszaru miąższu płucnego lub uciskiem (niedodmy z ucisku) będącym skutkiem obecności płynu w jamie opłucnowej lub innej zmiany uciskającej na miąższ płucny.  | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy z ramieniem C co najmniej na odcinku od głowy aż do miednicy (konstrukcja łóżka musi umożliwiać podjechanie ramieniem C w odcinku od szyi do miednicy leżącego pacjenta w łóżku łóżka) . Rozwiązanie konstrukcyjne na odcinku leża od głowy do miednicy musi być pozbawione nieprzeziernych komponentów utrudniających wykonanie zdjęcia/diagnozy zarówno respiratorowego zapalenia płuc jak i niedodmy. | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna łóżka za pomocą siłowników elektrycznych wysokości leża, segmentu pleców, segmentu uda, segmentu podudzia, wydłużania segmentu leża oraz funkcji Trendelenburga i antyTrendelenburga oraz funkcji przechyłów bocznych  | TAK |  |
|  | Regulacja przechyłów bocznych minimum 30° w każdą stronę czyli w sumie możliwość rotacji o 60° | TAK PODAĆ |  |
|  | Lateralna pozycja leża z precyzyjnym wskaźnikiem elektronicznym stopni pochylenia w celu monitoringu odpowiedniego pozycjonowania pacjenta | TAK |  |
|  | Funkcja przechyłów bocznych wyposażona w czujniki bezpieczeństwa uniemożliwiające wykonanie przechyłu poniżej 0° w dowolna stronę przy opuszczonej barierce bocznej. Łóżko komunikuje o konieczności podniesienia barierki przed wykonaniem przechyłu bocznego  | TAK |  |
|  | Łóżko umożliwiające wyłączenie alarmu opuszczonych barierek przy jednoczesnym wykonaniu przechyłu bocznego w sytuacjach codziennych procedur takich jak np. przełożenie pacjenta z łóżka na wózek do przewożenia chorych. | TAK |  |
|  | Funkcja przechyłów bocznych wykonywana przez łóżko nie przez materac powietrzny umożliwiająca wykonanie ułóżeń pacjenta w przechyłkach bocznych w stanach krytycznych przy zaintubowanym pacjencie.Nie dopuszcza się rozwiązań powodujących zmian odległości pomiędzy uchwyconym przewodem (rurą) respiratora a głową zaintubowanego pacjenta co grozi rozintubowaniem i narażeniem pacjenta na niebezpieczeństwo | TAK |  |
|  | Sterowanie elektryczne przy pomocy :* 2 zintegrowane sterowniki po wewnętrznej stronie barierek bocznych dla pacjenta
* 2 zintegrowane sterowniki po zewnętrznej stronie barierek bocznych dla personelu. Nie dopuszcza się sterowań przyklejanych , naklejanych stwarzających ryzyko gnieżdżenia się brudu i powstawania ognisk infekcji (wymaga się wtopione sterowanie w barierkę boczną, łatwe do dezynfekcji)
* sterowników nożnych zabezpieczonych przed wystąpieniem sytuacji nieświadomej regulacji łóżka np. upadku pacjenta i zakleszczenia na skutek naciśnięcia regulacji w dół (możliwość indywidualnego zablokowania mechanizmu sterowania nożnego z panelu sterującego)

Sterowniki po obu stronach leża.* Panelu centralnego sterowania wszystkimi funkcjami łóżka znajdującym się na szczycie nóg łóżka posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku
* Paneli w barierce bocznej umożliwiającego wykonywanie wszystkich regulacji łóżka jak i programowania wykonywania pomiarów masy ciała pacjenta, wraz z elektroniczna historią zanotowanych zmian w czasie.
 | TAK |  |
|  | Regulacja funkcji autokontur sterowana jednym przyciskiem, sterowanie przy pomocy panelu oraz zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych i panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | TAK |  |
|  | Funkcja autoregresji zmniejszająca ryzyko powstawania odleżyn. Funkcja autoregresji działająca na zasadzie odsuwania się dolnej krawędzi segmentu minimalizująca nacisk w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcję profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4.Dodatkowo ruch dolnej krawędzi segmentu pleców i uda poruszający się po okręgu (nie tylko do tyłu ale również w górę) w celu podążania za kręgosłupem pacjenta w celu eliminacji sił tarcia będących przyczyna powstawania odleżyn 1-2 stopnia. | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antytrendelenburga min.12° | TAK |  |
|  | Sterowanie nożnepozycji egzaminacyjnej czyli wyzerowania się leża i górnej pozycji wysokości umożliwiających obsługę łóżka w sytuacjach gdy personel nie chce używać rąk (np. Ma ubrane rękawice i po naciśnięciu przycisku ręką powinien je wymienić) . Nie dopuszcza się pozycji egzaminacyjnej sterowanej wyłącznie z panelu sterowniczego – takie rozwiązanie nie powoduje ograniczenia ryzyka infekcji ze względu na oferowaną funkcję /konieczność wymiany rękawic /  | TAK |  |
|  | Przyciski sterowania nożnego zabezpieczone przyciskiem świadomego uruchomienia regulacji . Nie dopuszcza się rozwiązań narażających na nieświadomą regulację i zmniejszającą bezpieczeństwo pacjenta | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem  | TAK PODAĆ |  |
|  | Elektryczna funkcja CPR (wypoziomowania wszystkich segmentów i opuszczania leża do minimalnej wysokości) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem  | TAK |  |
|  | Elektryczna pozycja antyszokowa (wypoziomowania wszystkich segmentów i wykonania przechyłu Trendelenburga) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem  | TAK |  |
|  | Elektryczna, pozycja egzaminacyjna (wypoziomowanie wszystkich segmentów i podwyższenie leża do maksymalnej wysokości w celu nie narażania personelu medycznego na zginanie się nad pacjentem)– sterowanie przy pomocy przycisków nożnych  | TAK |  |
|  | Elektryczne , pozycja fotela wspomagającego funkcje oddychania pacjenta (plecy pacjenta w pozycji wyprostowanej pionowej, segment uda odchylony w celu zniwelowania nacisku w odcinku jamy brzusznej, segment podudzia opuszczony w dół) , możliwość podparcia przez pacjenta ramion oraz stóp (poprzez regulowany elektrycznie szczyt łóżka będący podpórką stop) w celu uruchomienia dodatkowych mięśni wspomagających oddychanie pacjenta | TAK |  |
|  | Selektywne blokowanie funkcji elektrycznych  | TAK |  |
|  | Inteligentny wskaźnik baterii pokazujący nie tylko stan naładowania akumulatorów, ale również diagnozujący przypuszczalną żywotność baterii i informujący o konieczności zaplanowania terminu wymiany w celu uniknięcia sytuacji na oddziale kiedy w sytuacji zagrożenia życia łóżko z powodów braku prądu, niesprawnego akumulatora, wyczerpanej baterii i zepsutej baterii zwiększy ryzyko nie uratowania życia  | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przyciska uruchamiającego dostępność funkcji dostępne w sterowaniu: na panelu i w barierkach  | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej  | TAK |  |
|  | Odłączenie wszelkich regulacji z pilota lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji chroniącej pacjenta przed nagłymi niepożądanymi regulacjami (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 |  |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR | TAK |  |
|  | Podwójne koła tworzywowe z systemem sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym.  | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | TAK |  |
|  | Elektroniczne wskaźniki pochyleń wzdłużnych i bocznych leża oraz segmentu pleców | TAK |  |
|  | Szczyty posiadające wyprofilowane uchwyty do łatwego prowadzenia łóżka  | TAK |  |
|  | Wyposażenie:- uchwyt na przewody (rury) respiratora - komplet materacy do pozycjonowania pacjenta przy wykorzystaniu funkcji przechyłów bocznych- uchwyt na worki do moczu po każdej stronie łóżka - wieszak do kroplówki  | TAK |  |

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

**Pakiet 4. Pompy infuzyjne – 10 szt**.

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa – 10 szt.** |  |  |
|  | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek | TAK |  |
|  | Zakres szybkości dozowania od 0,1 do 2000 ml/h nastawiana co 0,1 ml | TAK |  |
|  | Możliwość programowania w jednostkach objętościowych | TAK |  |
|  | Możliwość programowania w jednostkach wagowych | TAK |  |
|  | Dokładność szybkości dozowania ≤ 2% | TAK |  |
|  | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu | TAK |  |
|  | Dokładność dozowania dawki uderzeniowej ≤ 2% | TAK |  |
|  | Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej | TAK |  |
|  | Programowane ciśnienie okluzji min. 5 poziomów | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu lub zmiany w trakcie infuzji | TAK |  |
|  | Blokada zmiany parametrów hasłem | TAK |  |
|  | Biblioteka leków, min 30 leków | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w czterech opcjach:-prędkość-prędkość i objętość-prędkość i czas-objętość i czas | TAK |  |
|  | Funkcja stand-by | TAK |  |
|  | Funkcja KVO | TAK |  |
|  | Historia infuzji | TAK |  |
|  | System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)  | TAK |  |
|  | System kontroli pracy urządzenia (wizualny i dźwiękowy) min. alarmy: okluzji, 5 min. do końca infuzji, końca infuzji, pustej strzykawki, braku zasilania, rozładowania baterii, wyczerpania baterii, wewnętrznego uszkodzenia pompy | TAK |  |
|  | Komunikaty o stanach zagrażających życiu pacjenta w języku polskim | TAK |  |
|  | Komunikaty o stanie pracy pompy w języku polskim | TAK |  |
|  | Autotest w momencie uruchomienia urządzenia | TAK |  |
|  | Obudowa bryzgoszczelna | TAK |  |
|  | Wbudowany zacisk do umocowania pompy do stojaka. | TAK |  |
|  | Waga urządzenia i wymiary gabarytowe | TAK PODAĆ |  |
|  | Warunki pracy urządzenia (temperatura, wilgotność) | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V / 50 Hz +/- 10% (zasilacz wewnętrzny) | TAK |  |
|  | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego | Tak |  |

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

**Pakiet 5. Respirator transportowy – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Respirator transportowy z przenośnym źródłem tlenu** |  |  |
| **I** | **PRZEZNACZENIE RESPIRATORA** |  |  |
| 1. 1.
 | Przenośny aparat do transportu wewnątrzszpitalnego pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia  | TAK |  |
| 1. 2.
 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia, dostosowany do wentylacji inwazyjnej jak i nieinwazyjnej. | TAK |  |
| 1. 3.
 | Waga respiratora: maksymalnie 7 kg wraz z akumulatorem | TAK |  |
| 1. 4.
 | Respirator dla dzieci i dorosłych o wadze powyżej 5 kg | TAK |  |
| **II** | **ZASILANIE RESPIRATORA** |  |  |
| 1. 1.
 | Własne zintegrowane źródło powietrza (turbina, tłok, mikro-pompa) zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | TAK |  |
| 1. 2.
 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu lub możliwość podłączenia butli tlenowej z reduktorem | TAK |  |
| 1. 3.
 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz+/-5% | TAK |  |
| 1. 4.
 | Zasilanie ze zintegrowanego akumulatora w czasie transportu na minimum 10 godzin pracy.(respirator wraz z wbudowanym źródłem powietrza) | TAK |  |
| **III** | **TRYBY WENTYLACJI** |  |  |
| 1. 1.
 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana | TAK |  |
| 1. 2.
 | SIMV Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa | TAK |  |
| 1. 3.
 | Wentylacja SPONTANICZNA | TAK |  |
| 1. 4.
 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowychPEEP/CPAP | TAK |  |
| 1. 5.
 | Wentylacja przy bezdechu | TAK |  |
| **IV** | **RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO** |  |  |
| 1. 1.
 | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK |  |
| 1. 2.
 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK |  |
| **V** | **RODZAJE ODDECHU SPONTANICZNEGO** |  |  |
| 1. 1.
 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | TAK |  |
| 1. 2.
 | CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | TAK |  |
| **VI** | **PARAMETRY REGULOWANE** |  |  |
| 1. 1.
 | Częstość oddechów w trybach kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 1 do 90 na minutę | TAK |  |
| 1. 2.
 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2000 ml  | TAK |  |
| 1. 3.
 | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 6-100 l/min | TAK |  |
| 1. 4.
 | Stosunek wdech/ wydech zakres min. 1:9 do 3:1 | TAK |  |
| 1. 5.
 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 60 cmH2O | TAK |  |
| 1. 6.
 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 45 cmH2O | TAK |  |
| 1. 7.
 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | TAK |  |
| 1. 8.
 | Płynna regulacja FiO2 w zakresie 21-100%, zintegrowany mieszalnik gazów dostosowany do zasilana tlenem z sieci centralnej lub butli z reduktorem ( złącze standard AGA) | TAK |  |
| 1. 9.
 | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta | TAK |  |
| 1. 10.
 | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta.Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta. Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,3 do 10 l/min | TAK |  |
| 1. 11.
 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 9,0 cmH2O. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta | TAK |  |
| **VII** | **INNE FUNKCJE WENTYLACJI** |  |  |
| 1. 1.
 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | TAK |  |
| 1. 2.
 | Regulacja narastania ciśnienia przy oddechu PCV | TAK |  |
| **VIII** | **MONITOR GRAFICZNY** |  |  |
| 1. 1.
 | Podstawowy kolorowy monitor do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji. Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez dotyk. | TAK |  |
| 1. 2.
 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasuZamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia 3 krzywych jednocześnie na ekranie | TAK |  |
| **IX** | **POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI** |  |  |
| 1. 1.
 | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK |  |
| 1. 2.
 | Pomiar ciśnienia końcowo wydechowego | TAK |  |
| 1. 3.
 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK |  |
| 1. 4.
 | Pomiar wydechowej objętości pojedynczego oddechu | TAK |  |
| 1. 5.
 | Pomiar stosunku I:E | TAK |  |
| 1. 6.
 | Pomiar stężenia tlenu | TAK |  |
| **X** | **ALARMY** |  |  |
| 1. 1.
 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | TAK |  |
| 1. 2.
 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | TAK |  |
| 1. 3.
 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | TAK |  |
| 1. 4.
 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK |  |
| 1. 5.
 | Alarm wysokiej i niskiej wentylacji minutowej | TAK |  |
| 1. 6.
 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego | TAK |  |
| 1. 7.
 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego/rozłączenia | TAK |  |
| 1. 8.
 | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK |  |
| 1. 9.
 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK |  |
| 1. 10.
 | Możliwość przeglądania zapamiętanych zdarzeń (min 100 zdarzeń) | TAK |  |
| **XI** | **INNE POŻĄDANE FUNKCJE I WYMAGANE WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |  |  |
| 1. 1.
 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK |  |
| 1. 2.
 | 10 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z zaworem wydechowym dostosowanych do respiratora | TAK |  |

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

**Pakiet 6. Lampa bezcieniowa – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Sufitowa diodowa lampa operacyjna z kamerą HD na trzecim ramieniu** |  |  |
|  | Dwuczaszowa diodowa lampa operacyjna o wysokiej bezcieniowości | TAK |  |
|  | Oświetlenie powstające w wyniku mieszania barw w obrębie czasz bez „efektu tęczy” w polu operacyjnym. | TAK |  |
|  | Natężenie oświetlenia czaszy głównej – min. 155 000 (lux) | TAK PODAĆ |  |
|  | Natężenie oświetlenia czaszy satelitarnej – min. 125 000 (lux) | TAK PODAĆ |  |
|  | Maksymalna ilość zespołów świetlnych w czaszy głównej – 18 szt. | TAK PODAĆ |  |
|  | Maksymalna ilość zespołów świetlnych w czaszy satelitarnej – 12 szt. | TAK PODAĆ |  |
|  | Odtworzenie barwy światła słonecznego – min. 95 | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja barwy światła min. w 3 krokach w zakresie min. 3800-4800 (K) | TAK PODAĆ |  |
|  | Średnica pola bezcieniowego dla czaszy głównej regulowana w zakresie min. 250 do 340 (mm) | TAK PODAĆ |  |
|  | Średnica pola bezcieniowego dla czaszy satelitarnej regulowana w zakresie min. 230 do 320 (mm) | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja średnicy pola centralnym uchwytem czaszy lampy i przyciskami na panelu dotykowym umieszczonym na ramieniu kardanicznym lampy. | TAK |  |
|  | Przedział roboczy zestawu lamp bez konieczności ogniskowania (wgłębność oświetlenia) dla lampy satelitarnej min. 125 cm (L1+L2) | TAK PODAĆ |  |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia z dotykowego panelu sterowniczego umieszczonego na ramieniu kardanicznym lampy w zakresie min. 5-100%, w tym oświetlenie operacyjne min. 30-100% | TAK PODAĆ |  |
|  | Pozycjonowanie lampy sterylizowanym uchwytem centralnym lampy i dodatkowo min. 3 „brudnymi” uchwytami umieszczonymi na czaszy lampy | TAK PODAĆ |  |
|  | Obrót lampy oraz kamery wokół osi pionowej o 360° | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie – 230 V (+/-) 10%, 50 Hz, 24 VDC | TAK PODAĆ |  |
|  | Jednostka zasilająca lampy wyposażona w układ awaryjny. W momencie zaniku głównego napięcia 230 VAC, układ automatycznie uruchamia szpitalne napięcie awaryjne. | TAK |  |
|  | Obudowa lampy umożliwiająca czyszczenie i dezynfekcję powszechnie stosowanymi środkami. | TAK |  |
|  | Stopień ochrony obudowy czas min. IP 42 | TAK PODAĆ |  |
|  | Obudowa lampy przystosowana do współpracy z obiegiem laminarnym | TAK |  |
|  | Żywotność układu świetlnego – min. 40 000 (h) | TAK PODAĆ |  |
|  | Kamera HD, zamocowana na trzecim ramieniu w osi lampy, z regulacją położenia za pomocą uchwytu sterylizowanego. | TAK |  |
|  | Sensor obrazu 1/3 CMOS | TAK PODAĆ |  |
|  | Ilość pikseli 1920x1080i | TAK PODAĆ |  |
|  | Czułość – min. 25 (lux) | TAK PODAĆ |  |
|  | Stosunek sygnału do szumu (dB)>=50 | TAK PODAĆ |  |
|  | Proporcje obrazu (wys. do szer.) 16:9 | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczny balans bieli | TAK PODAĆ |  |
|  | Zoom optyczny – min. 10x | TAK PODAĆ |  |
|  | Zoom cyfrowy – min. 12x | TAK PODAĆ |  |
|  | Dotykowy zewnętrzny sterownik lamp i kamery, zainstalowany na kolumnie lub ścianie, zapewniający zsynchronizowane sterowanie parametrami obu czas tj. temperatura barwowa; średnica pola; natężenie światła | TAK |  |
|  | Dotykowy zewnętrzny sterownik zapewniający zdalną kontrolę i ustawienia:* funkcjami kamery: powiększenie/pomniejszenie; wyostrzanie obrazu; automatyczne i manualne; jasność automatyczna i manualna; balans bieli; włączanie/wyłączanie kamery
* funkcjami lampy: włączanie/wyłączanie; średnica pola światła; natężenie światła; kształt pola (eliptyczne); temperatura barwowa; funkcja białego światła endoskopowego
 | TAK |  |
|  | Dodatkowe sterowanie parametrami kamery za pomocą dotykowego panelu sterowania umieszczonego na ramieniu kardanicznym lampy tj.:* funkcjami kamery: powiększenie/pomniejszenie
* funkcjami lampy: włączanie/wyłączanie; średnica pola światła; natężenie światła; kształt pola (eliptyczne); temperatura barwowa; funkcja białego światła endoskopowego
 | TAK |  |
|  | Możliwość strumieniowania obrazu HD po sieci lokalnej szpitala | TAK |  |
|  | Zestaw lampy należy wyposażyć w zapasowe uchwyty sterylizowane do ustawienia czaszy lampy – 20 szt. | TAK PODAĆ |  |
|  | Przeprowadzenie deinstalacji lampy operacyjnej znajdującej się w sali nr 3 i przeniesienie jej na salę nr 2. Wymagane aktualne dokumenty potwierdzające przeszkolenie personelu przez producenta. | TAK |  |

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

**Pakiet 7. Macerator – 2 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Macerator do pampersów** |  |  |
|  | Bezdotykowe zamykanie pokrywy za pomocą czujnika podczerwieni. | TAK |  |
|  | Uruchamianie bezdotykowe za pomocą czujnika podczerwieni. | TAK |  |
|  | Mechanizm otwierania pokrywy bez użycia rąk za pomocą nożnego czujnika podczerwieni. | TAK |  |
|  | Antybakteryjny proces czyszczenia i dezodoryzacji. | TAK |  |
|  | Moc silnika 2,2 kW. | TAK |  |
|  | Moc pompy 370 W. | TAK |  |
|  | Waga 120 kg. | TAK |  |
|  | Zasilanie 380 V 16 A. | TAK |  |
|  | Czas trwania cyklu do 120 sekund. | TAK |  |
|  | Pojemność minimalna na cykl: do 4 pmpersów. | TAK |  |
|  | Odpływ 50 mm. | TAK |  |
|  | Poziom hałasu do 60 dB. | TAK |  |
|  | Wymiary do: 500 mm szer. x 1200 mm wys. x 600 mm głęb. | TAK |  |
|  | Podłączenie wody 3/4”. | TAK |  |
|  | Zbiornik na wodę do 30 litrów. | TAK |  |
|  | Regulowane zużycie wody. | TAK |  |
|  | Pokrywa z tworzywa antybakteryjna. | TAK |  |
|  | Obudowa ze stali nierdzewnej. | TAK |  |
|  | Bęben i noże ze stali nierdzewnej. | TAK |  |

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 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 2 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

**Pakiet 8. Myjka do basenów – 2 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Myjka do basenów** |  |  |
|  | Automatycznie otwierana pokrywa komory. | TAK |  |
|  | Dezynfekcja termiczna. | TAK |  |
|  | Wymiary do: 600 mm szer. x 900 mm wys. x 600 mm głęb. | TAK |  |
|  | Moc maksymalna 2500 W | TAK |  |
|  | Moc pompy 750 W | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 V 13 A | TAK |  |
|  | Czas trwania cyklu do 8 minut. | TAK |  |
|  | Pojemność minimalna na cykl: 3 baseny lub 3 kaczki lub 2 miski lub 1 wiaderko | TAK |  |
|  | Ochrona przed przepełnieniem zbiornika. | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LED. | TAK |  |
|  | Diodowa sygnalizacja usterek. | TAK |  |

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

**Pakiet 9. Materac przeciwodleżynowy – 10 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Materac przeciwodleżynowy podstawowy** |  |  |
|  | Materac powietrzny statyczny wykonany z bardzo miękkiego poliuretanu | TAK |  |
|  | Rozmiar materaca 85x200cm +/- 2cm | TAK |  |
|  | Wysokość 10 cm +/- 1cm | TAK |  |
|  | Materac w formie nakładki kładziony na materac piankowy | TAK |  |
|  | Profilaktyka i leczenie odleżyn do 2 stopnia włącznie (wg. skali 4 stopniowej) | TAK |  |
|  | Waga pacjenta do 200kg | TAK |  |
|  | Odporny na uszkodzenia, nieprzemakalny, pokrowiec elastyczny rozciągany w 4 kierunkach, przepuszczalny dla pary wodnej i powietrza, ze zgrzewanymi szwami, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 95 stopni C | TAK |  |
|  | Dodatkowy pokrowiec wewnętrzny eliminujący działanie sił ścinających podczas zmiany pozycji leżą, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 70 stopni C | TAK |  |
|  | Skuteczność w zakresie redukcji sił nacisku i sił ścinających potwierdzona badaniami wykonanymi przez niezależne laboratorium badawcze | TAK PODAĆ |  |
|  | Zdolność do obniżenia nacisku do poziomu poniżej 30mmHg na całej powierzchni kontaktu u 100%pacjentów o wadze do 80 kg – do potwierdzenia protokołem badań | TAK PODAĆ |  |
|  | Opaski do mocowania prześcieradła | TAK |  |
|  | Zawór CPR | TAK |  |
|  | Pasy mocujące do materaca piankowego | TAK |  |
|  | W komplecie pompa do napełniania materaca z regulacją poziomu ciśnienia powietrza w materacu w zależności od wagi i pozycji pacjenta w krokach 1-8 według zaleceń czytelnej etykiety umieszczonej na pompie | TAK |  |
|  | W komplecie kliny do pozycjonowania i zmiany pozycji pacjenta o wymiarach 70x26x15/5 cm wykonane z panki HR w paroprzepuszczalnym pokrowcu przeznaczonym do czyszczenia i dezynfekcji powierzchniowej oraz prania w temp.95 stopni C – 2 szt. | TAK |  |

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

**Pakiet 10. Spirometr – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Spirometr** |  |  |
|  | Oprogramowanie pracujące w środowisku Windows 8. W zestawie komputer notebook, kolorowa drukarka atramentowa. | TAK |  |
|  | Połączenie modułu pomiarowego do komputera poprzez USB | TAK |  |
|  | Zakresy pomiarowe :Głowica pneumotachograficznaZakres: 0-10 lDokładność: -2% lub +/- 10 mlRozdzielczość: 10 mlPrzepływ: 0 +/- 18 l/sRozdzielczość +/- 10 ml | TAK |  |
|  | Głowica pneumotachograficzna wymienna dla każdego pacjenta – 20 szt. w zestawie | TAK |  |
|  | Głowica pneumotachograficzna łatwo sterylizowana w całości i nie wymagająca stosowania filtrów przeciwbakteryjnych. Gwarantowana liczba sterylizacji w wysokiej temperaturze >1000 | TAK |  |
|  | Spirometria VC, BF, MV, VT, ERV, IC, IRV | TAK |  |
|  | Krzywa przepływ-objętość:FEV 0.5, FEV 1, FEV 2, FEV 3, FEV 6, FVC EX, VPEF, PEF, MEF 75, MEF 50, MEF 25, FEF 75/85, FEF 25/75, MEF 50% FVC EX, FEV 1% FVC EX, TC 25/50, MTT, TPEF, FET, AEX, FVC IN, VPIF, PIF, MIF 50, FIV 1, FEV 1% FVC IN, FEV 1% VC, VCmax, FEV 1% VCmax, BEV | TAK |  |
|  | Maksymalna dowolna wentylacja minutowa MVV, BF, BR | TAK |  |
|  | Automatyczna kontrola wiarygodności i poprawności wykonanego badania spirometrycznego zgodnie z zaleceniami ERS/ATSOcena jakości badania w skali A-FAutomatyczna ocena prawidłowo wykonanego badaniaAutomatyczna ocena próby rozkurczowej wg standardów ERSa | TAK |  |
|  | Wbudowany system motywacyjny dla dzieci | TAK |  |
|  | Możliwość łatwej konfiguracji wartości należnychWymagane wartości należne: GLI, ERS, NHANES, Hankinson, Kuster, Zapletal | TAK |  |
|  | Oprogramowanie spirometru w języku polskim | TAK |  |
|  | Bezpłatne nowe wersje oprogramowania w okresie gwarancji i po jego zakończeniu. | TAK |  |
|  | Łatwa dostępność materiałów eksploatacyjnych | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany konfiguracji raportów zawierających:- wartości należne z informacją o ich autorze- liczbę odchyleń standardowych- porównania- zapisane krzywe-wykresy- trendy zmian wartości mierzonych wielkości- definiowaną przez obsługę liczbę mierzonych wielkości oraz ich kolejność | TAK |  |
|  | Możliwość przyłączenie dodatkowych modułów:- moduł stacji pomiarowej warunków otoczenia (temperatura, ciśnienie, wilgotność)- moduł pulsoksymetru | TAK |  |
|  | Eksport wyników do Excel’aZapis badań w PDF | TAK |  |

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

**Pakiet 11. Kapilaroskop – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  |  |  |  |
| **I** | **GŁOWICA** |  |  |
|  | Mikroskop stereoskopowy z optyką typu Greenough | TAK |  |
|  | Układ zoom o wartości min. 7,7:1  | TAK |  |
|  | Płynna zmiana powiększeń typu zoom z optyką klasy PLAN achromat | TAK |  |
|  | Powiększenie głowicy mikroskopu regulowane w zakresie co najmniej 0,65x-5x | TAK |  |
|  | Precyzyjny układ nastawiania ostrości i zmiany położenia w osi Z z pokrętłem makrometrycznym | TAK |  |
|  | Obiektyw klasy Plan Achromat o powiększeniu 1x i odległości roboczej min. 92 mm (pole widzenia co najmniej 35,4…4,6mm) | TAK |  |
|  | Obiektyw klasy Plan Achromat o powiększeniu 2x i odległości roboczej min. 31 mm (pole widzenia 17,7… 2,3 mm) | TAK |  |
|  | Opcjonalne obiektywy: zoom 0,3x…0,5x; 0,3x; 0,4x; 0,63x; 1,25x; 1,6x | TAK |  |
|  | Tubus binokularny z wyjściem na kamerę o kącie nachylenia 35º | TAK |  |
|  | Dwu-pozycyjny podział światła okulary / kamera 100/100% | TAK |  |
|  | Okulary 10x – 2 szt. o polu widzenia min. 23 mm, oba z korekcją dioptrii oraz muszlami ocznymi | TAK |  |
|  | Regulacja odstępu między okularami | TAK |  |
| **II** | STATYW |  |  |
|  | Duża podstawa do obserwacji w świetle odbitym o wymiarach co najmniej 370x440mm | TAK |  |
|  | Kolumna o wysokości co najmniej 350mm, | TAK |  |
|  | Płytka czarno-biała o średnicy co najmniej 84mm | TAK |  |
|  | Dwa dociski do mocowania preparatu | TAK |  |
|  | Uchwyt głowicy mikroskopu z precyzyjnym pokrętłem mikrometrycznym do zmiany położenia w osi Z | TAK |  |
| **III** | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA – 1 SZT. |  |  |
|  | Źródło światła tego samego producenta co mikroskop | TAK |  |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia pokrętką na obudowie | TAK |  |
|  | Oświetlacz LED o mocy co najmniej 50W i żywotności co najmniej 50 000 godzin | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt na filtry | TAK |  |
|  | Natężenie światła co najmniej 450lx | TAK |  |
| **IV** | OŚWIETLACZ ŚWIATŁOWODOWY – 1 szt. |  |  |
|  | Światłowód dwuramienny typu gęsia szyja | TAK |  |
|  | Światłowód dwuramienny typu gęsia szyja o długości co najmniej 2x560mm i średnicy 4.5mm | TAK |  |
|  | Dwie nakładki skupiające o średnicy co najmniej 6mm na końcówki światłowodów z możliwością zainstalowania filtrów barwnych lub polaryzatora | TAK |  |
| **V** | AKCESORIA |  |  |
|  |  Pokrowiec antystatyczny – 1 szt. | TAK |  |

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

**Pakiet 12. Podnośnik pacjenta – 2 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Podnośnik pacjenta z wagą – 2 kpl.** |  |  |
|  | Podnośnik nosidłowy dwufunkcyjny : dla chorych siedzących i leżących, | TAK |  |
|  | Wyposażony w wagę:zakres pomiarowy min. 2- 220 kgdokładność +/- 100gwyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Zasilany akumulatorowo – w komplecie 2 akumulatory, ładowarka, sygnalizacja wyczerpania akumulatora, możliwość awaryjnego opuszczenia | TAK |  |
|  | Sterowanie zarówno z pilota jak i panelu na kolumnie podnośnika | TAK |  |
|  | Z elektryczną regulacją wysokości, zakres podnoszenia min. 1300 mm | TAK |  |
|  | Automatyczne zatrzymanie opuszczania przy napotkaniu na przeszkodę – zabezpieczenie przed przyciśnięciem pacjenta  | TAK |  |
|  | Udźwig:min. 220 kg dla chorych siedzącychmin. 160 kg dla chorych leżących | TAK |  |
|  | Wyposażenie: * + uchwyt czteropunktowy do nosideł (umożliwiający zmianę pozycji pacjenta przy minimalnym wysiłku obsługującego, możliwość ustawienia pacjenta w pozycji siedzącej lub pochylenia na plecy aby zmniejszyć nacisk pod udami) – 1 szt.
	+ nosidło czteropunktowe transportowe miękkowyściełane dostępne rozmiary M, L, XL – 3 szt. (zamawiane rozmiary i ilości poszczególnych rozmiarów zostaną określone przed dostawą po przedstawieniu do wglądu użytkownikowi)
	+ rama do noszy siatkowych – 1 szt.
	+ nosze elastyczne siatkowe, kąpielowe – 1 szt.
 | TAK |  |
|  | Możliwość prania i dezynfekcji nosideł i noszy | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna rozszerzana z pilota sterującego i panelu masztu | TAK |  |
|  | Cztery koła zwrotne, wyposażone w hamulce | TAK |  |

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

**Pakiet 13. Aparat EKG – 3 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

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

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

**Pakiet 14. Hak chirurgiczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Hak chirurgiczny** |  |  |
|  | Klema jednoelementowa bazowa z systemem mocującym do szyny bocznej stołu operacyjnego na całej jej długości od czystej strony, wyposażona w zacisk do mocowania ramy sterylnie, możliwość regulacji wysokości- 1szt | TAK |  |
|  | Bazowa rama mocująca oparta na przegubach kulowych wyposażona w klemę blokującą, ramiona z możliwością płynnej regulacji do wielkości pola oraz całkowitego zamknięcia, całość wykonana ze stali – 1szt | TAK |  |
|  | Klamra/klips mocujący haki do ramy umożliwiający ustawienie haków w dowolnej pozycji względem ramy, wykonany ze stali-5 szt | TAK |  |
|  | Hak stalowy powłokowy rozmiar 70mm x 60mm (+/- 10mm), obrót 180 stopni-2szt | TAK |  |
|  | Hak stalowy, obrót 180 stopni, rozmiar 50mm x 170mm (+/-10mm)- 1szt | TAK |  |
|  | Hak perforowany, jelitowy mniejszy rozmiar 60mm x 180mm (+/-15mm)-1szt | TAK |  |
|  | Hak stalowy powłokowy typu Mayo, obrót 180stopni, rozmiar 65mm x 65mm (+/- 15mm)-2szt | TAK |  |
|  | Hak perforowany jelitowy większy obrotowy rozmiar 75mm x 180mm (+/- 15mm)-1szt | TAK |  |
|  | Hak wątrobowy podgięty, obrotowy 180 stopni, rozmiar 100mm 150mm (+/-10mm)-1szt | TAK |  |
|  | Hak stalowy typu Deaver, obrotowy 180stopni, rozmiar 30mmx150mm (+/-10mm) | TAK |  |
|  | Hak rozwidlony, obrót powyżej 180stopni, plastyczny, rozmiar 80mm x 150mm (+/-10mm)-1szt | TAK |  |
|  | Hak głęboki podgięty obrotowy 180stopni, rozmiar 60mm x 200mm (+/-10mm)-1szt | TAK |  |

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

**Pakiet 15. Laser urologiczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **URETERORENOSKOPY** |  |  |
|  | Ureterorenoskop typ kompaktowy, optyka zintegrowana, wymiar maksymalny części roboczej 9,8 Charr., początkowy/dystalny mniejszy o min.1,8 Charr, co najmniej jeden kanał roboczy na wprost dla instrumentów minimum 5 Charr, możliwość jednoczesnego wprowadzenia minimum dwóch instrumentów/cewników/sond minimum 3 Charr, wymiar wewnętrzny kanału minimum 5,2x6,2 Charr. Kąt patrzenia 12-15 stopni, , długość robocza 430-450 mm, długość całkowita 550-600mm, wraz z koszem do sterylizacji – 1 szt. | TAK |  |
|  | Ureterorenoskop giętki przeznaczony do pracy z laserem, min. 2 kanały robocze o rozmiarze min. 3,3 Fr., średnica końcówki max. 6 Fr., średnica płaszcza max 9,9 Fr., zakres wychylenia końcówki min. 270 góra i dół, długość robocza 680-700 mm, kąt patrzenia 85-90 st, kierunek patrzenia 0 st, w zestawie z testerem szczelności – 1 szt. | TAK |  |
|  | Kleszczyki biopsyjne, giętkie, 3 Charr., dł. robocza 920-950 mm – 1 szt. | TAK |  |
|  | Kleszczyki giętkie do ciał obcych, 3 Charr., dł. robocza 920-950 mm – 1 szt. | TAK |  |
|  | Pojemnik do sterylizacji giętkiego ureterorenoskopu w sterylizacji gazowej – 1 szt. | TAK |  |
|  | Światłowód 1,80 m, średnica wiązki 1,6 mm 1 szt | TAK |  |
|  | **ZESTAW DO ZABIEGÓW PCNL** |  |  |
|  | Zestaw min 7 sztuk rozszerzadeł typu teleskopowego zakres od minimum 9 Charr. do minimum 27 Charr., komplet typ teleskopowy wraz z prowadnicą max 6 Charr. – 1 komplet | TAK |  |
|  | Skalpel przezskórny tzw. „fasciotom” - z podziałką na części roboczej do zabiegów PCNL – 1 sztuka |  |  |
|  | Płaszcz operacyjny nefoskopu 24-25 Charr. z kranikiem długość 190-210 mm do oferowanej optyki – 1 sztuka |  |  |
|  | Płaszcz typu amplatz, średnica 24,3-25,3, długość 150-160 mm - 1 szt | TAK |  |
|  | Obturator z centralnym otworem - 1 szt | TAK |  |
|  | Optyka nefroskopowa z równoległym podglądem:- zakres patrzenia/kąta 20º– 25°, - długość robocza 210 - 230 mm, - kanał roboczy dla instrumentów o średnicy minimum 3,5 mm wprowadzanych na wprost. Optyka przepływowa z kranikiem odpływ/dopływ. Typ optyki tzw. „krzesełko” – łamana pod kątem 90º.W zestawie z koszem do mycia i sterylizacji – 1 sztuka | TAK |  |
|  | Kleszczyki sztywne typu tzw. „aligator” do wyciągania kamieni i resztek złogów, 10 – 12 Charr., długość robocza w zakresie 340 – 360 mm obie szczęki pracujące. Kleszczyki obrotowe 360 st., minimum dwuelementowe, możliwość oddzielnego zakupu wkładu/części roboczej oraz rękojeści – 1 sztuka | TAK |  |
|  | Chwytak trójramienny, samozamykający się średnica 3-3,5 mm. – 1 sztuka kompletna | TAK |  |
|  | Pojemnik do sterylizacji instrumentarium – 1 sztukaWymiary wewnętrzne: - długość 400 - 420 mm, - szerokość 200 – 220 mm, - głębokość 60 – 70 mm Pojemnik z wkładami typu „jeż” do wyłożenia spodu jak i mocowanymi do pokrywy pojemnika.  | TAK |  |
|  | **LASER HOLMOWY** |  |  |
|  | Typ lasera Ho:YAG | TAK |  |
|  | Długość fali min min 2080 nm | TAK |  |
|  | Moc lasera min 30 W | TAK |  |
|  | Energia impulsów min 200 – 3500 mJ | TAK |  |
|  | Częstość impulsów min 3-20 Hz | TAK |  |
|  | Sterowanie lasera za pomocą bezprzewodowego pedału nożnego – wyzwolenie impulsów, regulacja energii i częstości | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min 7” | TAK |  |
|  | Schowek na np. instrukcje, nóż do włókien, zapasowe włókna - | TAK |  |
|  |  Maksymalna moc przenoszona przez wszystkie zaoferowane włókna min 30W | TAK |  |
|  | Wiązka pilotująca zielona o mocy nie większej niż 400 µW | TAK |  |
|  | Wielorazowe włókno bez zabezpieczeń (bez ograniczeń pracy) - 365 µm o mocy 30 W – 1 OP. | TAK |  |
|  | Wielorazowe włókno bez zabezpieczeń (bez ograniczeń pracy) - 272 µm o mocy 30 W – 1 OP. | TAK |  |
|  | Nóż do włókien – 1 szt. | TAK |  |
|  | Okulary ochronne – 3 szt. | TAK |  |

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

**Pakiet 16. Diatermia – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Diatermia** |  |  |
|  | Cięcie monopolarne z automatycznym dopasowaniem mocy 200 W ±10%. | TAK |  |
|  | Koagulacja monopolarna min.90 W. | TAK |  |
|  | Koagulacja bipolarna max. 120 W. | TAK |  |
|  | Ilość efektów koagulacji możliwych do uzyskania podczas cięcia min. 3. | TAK |  |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa min. 2 tryby. | TAK |  |
|  | Minimum dwa rodzaje cięcia monopolarnego: zwykłe i mieszane. | TAK |  |
|  | Dwa różne programy do polipektomii i papilotomii – różne funkcje o różnych przebiegach prądowo-napięciowych przeznaczonych oddzielnie do polipektomii i papilotomii. | TAK |  |
|  | Sposób aktywacji funkcji koagulacji monopolarnej z włącznika nożnego lub z elektrody czynnej. | TAK |  |
|  | Sposób aktywacji funkcji koagulacji bipolarnej z włącznika nożnego lub automatycznie. | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania min. 9 różnych programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem operatora. | TAK |  |
|  | Układ monitorowania jakości kontaktu elektrody powrotnej (biernej). | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczny autotest urządzenia po załączeniu. | TAK |  |
|  | Sygnalizacja aktywacji dla trybu cięcia i koagulacji dźwiękowa i wzrokowa. | TAK |  |
|  | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych z jednoczesnym ustawieniem przepływu argonu. | TAK |  |
|  | Wyposażenie:* włącznik nożny wodoodporny – 1 szt.
* elektroda neutralna silikonowa z kablem min. 4 m – 1 szt.
* kabel do narzędzi endoskopowych wielokrotnego użytku do sterylizacji w autoklawie, dł ok. 3 m – 1 szt.
* kabel elektrody biernej jednorazowej, dł ok. 3 m – 1 szt.
* elektroda neutralna jednorazowa dla dorosłych w pełni bezpieczna, dzielona- 50 szt.
 | TAK |  |

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

**Pakiet 17. Tympanometr kliniczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Tympanometr kliniczny** |  |  |
|  | **KLINICZNY MOSTEK IMPEDANCYJNY** | TAK |  |
|  | Urządzenie kliniczne.Klasa urządzenia i bezpieczeństwo pacjenta według EN 60601-1, class I, type B, certyfikat medyczny CE z deklaracją zgodności | TAK |  |
|  | Normy pomiarowe: dla audiometrii: ISO 389, dla tympanometrii: IEC 1027 | TAK |  |
|  | Urządzenie kliniczne audiometru impedancyjnego z wbudowanym audiometrem tonalnym. | TAK |  |
|  | Moduł audiometrii impedancyjnej | TAK |  |
|  | Częstotliwość tonu pomiarowego 226 Hz; ±0,01% | TAK |  |
|  | Poziom tonu pomiarowego 85 dB SPL  | TAK |  |
|  | Zniekształcenie harmoniczne tonu pomiarowego <1% w 2 cm3 | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia Standardowy: +200 do -400 daPaRozszerzony: +400 do -600 daPa - definiowany przez użytkownika w skokach 50 daPaZ dokładnością ±10% lub ±10 daPa | TAK |  |
|  | Zakres objętości całkowity przynajmniej: od 0,1 do 8,0 ml | TAK |  |
|  | Zakres dla odruchu z mięśnia strzemiączkowego przynajmniej: od -375µl do +375µl. | TAK |  |
|  | Zakres podatności 0,0 do 4,5 ml, z wyświetlaniem tympanogramów do wyboru dla trzech zakresów: 0-1,5ml; 0-3,0ml lub 0-4,5ml. | TAK |  |
|  | Pompa sterowana cyfrowo, silnikiem krokowym o następujących szybkościach zmian ciśnienia:* tak szybko jak to możliwe
* 400 daPa/sek
* 200 daPa/sek
* 100 daPa/sek
* 50 daPa/sek
* ręczne sterowanie szybkością
 | TAK |  |
|  | Ipsilateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego | TAK |  |
|  | Bodźcowanie:- tony czyste o częstotliwościach przynajmniej: 0,5; 1; 2; 4 kHz;- dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5% ;- kroki stymulacji przynajmniej: 1, 2, 5, 10 dB;- zakres bodźca dla 0.5, 1, 2 kHz minimum do 115 dB HL;- zakres bodźca dla 4 kHz minimum do 90 dB HL; | TAK |  |
|  | Contralateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego | TAK |  |
|  | Bodźcowanie:- tony czyste o częstotliwościach przynajmniej: 0,5; 1; 2; 4 kHz oraz szum biały;- dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5%;- kroki: 1, 2, 5, 10 dB;- zakres poziomu bodźca przynajmniej do 120 dB HL. | TAK |  |
|  | Moduł audiometrii tonalnej | TAK |  |
|  | Bodźcowanie przynajmniej tonem czystym o częstotliwościach: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4, 6, 8 kHz;Dokładność częstotliwości minimum: +/-0,5%;Kroki bodźca przynajmniej co: 1, 2, 5, 10 dB HL;Maksymalny poziom bodźca przynajmniej 120 dB HL. | TAK |  |
|  | Inne funkcje urządzenia | TAK |  |
|  | Sonda ipsi- i słuchawka contralateralna na wspólnym pałąku nagłownym. | TAK |  |
|  | Wybór pomiaru urządzenia w trybie screeningowo-diagnostycznym z wybranymi częstotliwościami i poziomami bodźca oraz wybór trybu dla pomiaru klinicznego z możliwością szczegółowych ustawień przez operatora. | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada tryb pracy automatycznej po umieszczeniu sondy pomiarowej w zewnętrznym przewodzie słuchowym oraz tryb pracy ręcznej do decyzji operatora. | TAK |  |
|  | W module audiometrii impedancyjnej - kalibracja sondy pomiarowej w jednostkach dB SPL lub dB HL zarówno dla pomiarów Ipsi- jaki i Contralateralnych. | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie i rejestracja wystąpienia odruchu z mięśnia strzemiączkowego z możliwością definiowania własnych kryteriów. | TAK |  |
|  | 4 sekwencje testów do zaprogramowania przez użytkownika. | TAK |  |
|  | 4 sekwencje testów zaprogramowanych fabrycznie. | TAK |  |
|  | Audiometria tonalna dla przewodnictwa powietrznego wykonywana słuchawką typu TDH-39 z kalibracją dB HL. | TAK |  |
|  | Pomiar latencji odruchu z mięśnia strzemiączkowego. | TAK |  |
|  | Test zanikania odruchu z mięśnia strzemiączkowego standardowy i definiowany przez użytkownika z możliwością określenia gradientu zanikania. | TAK |  |
|  | 2 kursory dla pomiarów amplitud i latencji odruchów. | TAK |  |
|  | Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Williams’a - błona prawidłowa | TAK |  |
|  | Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Toynbee’ego - błona perforowana | TAK |  |
|  | Wbudowany w urządzenie zegar i kalendarz | TAK |  |
|  | Wbudowana w urządzenie komora kalibracyjna 2cm3 | TAK |  |
|  | Wbudowany w urządzenie symulator ucha | TAK |  |
|  | W zestawie z urządzeniem komplet oliwek usznych w rozmiarach dla dzieci i dorosłych. | TAK |  |
|  | Zawór bezpieczeństwa uruchamiany automatycznie przy +600 daPa i -800 daPa – zwalnianie powietrza automatycznie lub ręcznie | TAK |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz graficzny, ciekłokrystaliczny LCD, minimum 256 linii na 128 punktów, regulacja kontrastu przez użytkownika – wspólny do wyświetlania wyników audiometrii impedancyjnej i tonalnej. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia drukarki zewnętrznej | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka wewnętrzna termiczna z szerokością rolki papieru 112mm – drukowanie bieżących wykresów oraz funkcja wydruku wszystkich badań wykonanych dla danego pacjenta – minimum 6 rolek papieru w zestawie z urządzeniem. | TAK |  |
|  | Przynajmniej port RS232 z przejściem USB2.0 do podłączenia urządzenia do komputera  | TAK |  |
|  | Oprogramowanie komputerowe tympanometru do komunikacji z komputerem i wymiany danych. Oprogramowanie pracujące niezależnie oraz w środowisku NOAH, będącym na wyposażeniu Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu minimum 8 rolek papieru termicznego do wbudowanej drukarki tympanometru. | TAK |  |
|  | Urządzenie stacjonarne, zasilanie: 230V, 50Hz. | TAK |  |

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

**Pakiet 18. Aparat kalkulacji soczewek – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  |  |  |  |
|  | Biometr optyczny - dokonujący pomiarów biometrycznych metodą bezkontaktową w oparciu o częściowo koherentną interferometrię lub optyczną nisko-koherentną reflektometrze. | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar długości gałki, krzywizny rogówki, głębokości przedniej komory w jednym badaniu | TAK |  |
|  | Pomiar w osi widzenia dzięki wbudowanemu fiksatorowi wewnętrznemu | TAK |  |
|  | Pomiar długości gałki ocznej w zakresie min. 14 - 32 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Pomiar głębokości komory przedniej w zakresie min. 1,5 - 6,3 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Pomiar krzywizny rogówki w zakresie min. 5-10 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Pomiar średnicy źrenicy | TAK |  |
|  | Kalkulacja soczewki do wszczepu IOL | TAK |  |
|  | Pomiary WTW („white to white") w zakresie min. 8-16 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Wskazanie wyboru optymalnej formuły kalkulacji w zależności od długości gałki ocznej | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów i archiwizacja wyników pomiarów | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie oka prawego i lewego | TAK |  |
|  | Drukarka umożliwiająca wydruk wyników pomiarów i kalkulacji | TAK |  |
|  | Jednostka pomiarowa, komputer przetwarzający oraz ekran LCD zintegrowane w jednym urządzeniu lub oddzielny komputer (laptop) sterujący głowicą pomiarową. | TAK |  |
|  | Klawiatura zintegrowana z touchpadem | TAK |  |
|  | Stolik o napędzie elektromotorycznym | TAK |  |
|  | Gniazdo sieciowe Ethernet oraz porty USB | TAK |  |
|  | Formuły kalkulacji soczewek: SRK lI, SRK T, Holladay, Holladay 2 lub Olsen, Hoffer Q, Haigis, Haigis – L lub Shammas No-History. | TAK |  |
|  | Pomiar długości gałki ocznej dla oczu: - fakijnych - afakijnych - wypełnionych olejem silikonowym - wypełnionych olejem silikonowym, afakijnych - z soczewką wewnątrzgałkową silikonową - z soczewką wewnątrzgałkową PM MA - z soczewką wewnątrzgałkową akrylową | TAK |  |

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

**Pakiet 19. Łóżka szpitalne – 20 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Łóżka szpitalne wielofunkcyjne** | Podać /model typ/ |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka | TAK |  |
|  | Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/- 40mm) | TAK, PODAĆ |  |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka z zamontowanymi barierkami – 950mm (+/-40mm).  | TAK, PODAĆ |  |
|  | Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 segmenty ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Panele gładkie, łatwo demontowalne bez użycia narzędzi , lekkie nadające się do dezynfekcji.  | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka jednorodne tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem  | TAK |  |
|  | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:* Pilota przewodowego dla pacjenta z podświetlanymi przyciskami i latarką
* Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku
 | TAK |  |
|  | regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 40mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka  | TAK, PODAĆ |  |
|  | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/-5o) | TAK, PODAĆ |  |
|  | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 34° (+/-5o) | TAK, PODAĆ |  |
|  | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie dla pacjenta i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | TAK |  |
|  | Funkcja autoregresji niwelująca 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, PODAĆ |  |
|  | Funkcja Ergoframe (zaawansowana autoregresja) system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | 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 |  |
|  | 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 do antyszokowej – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | TAK |  |
|  | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:- regulacji wysokości- regulacji części plecowej - regulacji części nożnej - regulacji pozycji Trendelenburga i anty- Trendelenburga Diodowe wskaźniki informujące o zablokowanych, aktywnych funkcjach łóżka na panelu sterowniczym i pilocie pacjenta  | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przyciski aktywacji dostępne w sterowaniu: na panelu i pilocie  | TAK |  |
|  | Odłączenie wszelkich regulacji po 180 sekundach nieużywania 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 |  |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR | TAK |  |
|  | Koła z możliwością blokowania oraz uzyskania blokady kierunkowej  | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 185kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia. | TAK |  |
|  | Wyposażenie:- Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża o wysokości min 450mm. Barierki wyposażone w mechanizm składania uchwytem z system blokady umożliwiającym odblokowywanie, składanie i rozkładanie za pomocą jednej ręki bez konieczności schylania się. - Materac z pianki poliuretanowej o gr. min. 100 mm w tkaninie nieprzemakalnej zmywalny- Wieszak kroplówki wykonany z bakteriostatycznych stopów miedzi skuteczność działania potwierdzona certyfikatem CU+(dołączyć) | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru kolorystyki min 10 propozycji  | TAK |  |

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

**Pakiet 20. Osłona RTG – 10 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Osłona RTG – 10 kpl** |  |  |
|  | **Komplet 3 ruchomych osłon składający się z:****-** 2 osłon o współczynniku osłabienia 1 mm Pb i wymiarach: szer. 100 cm, wys. 180 cm +/- 20 cm- 1 osłony o współczynniku osłabienia 0,5 mm Pb i wymiarach: szer. 100 cm, wys. 180 cm +/- 20 cm; z okienkiem 20 cm x 20 cm | TAK |  |
|  | Osłony zainstalowane na szkielecie jezdnym sztywnym. | TAK |  |
|  | Kolor biały. | TAK |  |

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

**Pakiet 21. Stół operacyjny ortopedyczny – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Stół operacyjny ortopedyczny** |  |  |
|  | Stół operacyjny ogólnochirurgiczny, mobilny na podstawie jezdnej. Konstrukcja stołu: rama i kolumna wykonane w całości ze stali nierdzewnej. | TAK |  |
|  | Napęd stołu elektrohydrauliczny, elektromechaniczny. | TAK |  |
|  | Podstawa i kolumna stołu monolityczna, bez elementów wystających, koła zabudowane w podstawie – nie wystające poza zarys podstawy stołu. W celu ułatwienia dostępu operatora na obrysie podstawy brak jakichkolwiek wystających elementów, np. w postaci dźwigni. Podstawa stołu w kształcie litery Y lub V umożliwiająca dostęp operatora do pola operacyjnego w obrębie nóg pacjenta. Ponadto elektronika stołu ma pozostać cały czas w gotowości bez automatycznego wyłączania zasilania w stole. Kolumna wyposażona w panel do awaryjnego sterowania stołem zlokalizowanym na bocznej (lewej lub prawej w stosunku do osi długiej stołu) powierzchni kolumny stołu. Stół powinien posiadać funkcję samodzielnego przemieszczania realizowaną z pilota przewodowego lub bezprzewodowego. | TAK |  |
|  | Centralna blokada podstawy stołu – podstawa na czas zabiegu powinna poprzez schowanie kół zastać stabilnie posadowiona na posadzce. Brak mechanizmu wysuwanych bolców, stopek, itp. – funkcja sterowania elektrycznie za pomocą pilota. | TAK |  |
|  | Pilot przewodowy i bezprzewodowy podświetlany z widocznym indykatorem naładowania i piktogramami podziału poszczególnych elementów stołu na strefy: centralną, plecową i nożną, konfiguracji normalnej lub odwróconej a także piktogramami realizowanych ułożeń, zerowania stołu – funkcja realizowana jednym przyciskiem. Pilot aktywny non-stop. | TAK |  |
|  | Stół w konfiguracji: podstawa stołu z płytą siedzeniową, płyta plecowa, płyta górna plecowa, podgłówek regulowany, podnóżek min. 2-częściowy. | TAK |  |
|  | Regulacja za pomocą pilota min. następujących ruchów: |  |  |
|  | Wysokości w zakresie min. od 580 mm do 930 mm +/- 20 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Nachylenia wzdłużnego (pozycja Trendelenburga, anty-Trendelenburga) w zakresie min. -35°/+35° +/-5° | TAKPODAĆ |  |
|  | Nachyleń bocznych w zakresie min. -20°/+20° +/-5° | TAKPODAĆ |  |
|  | Automatycznego ustawienia pozycji „0” | TAKPODAĆ |  |
|  | Wypiętrzania nerkowego – uzyskanie rozwarcia o kącie min. 220° | TAKPODAĆ |  |
|  | Nachylenia:Płyty plecowej w zakresie min. -45°/+75° +/- 5°Płyty plecowej w konfiguracji odwróconej w zakresie min. -80°/+95° +/-5° | TAKPODAĆ |  |
|  | Regulacja manualna nachylenia płyty nóg w zakresie min. -80°/+90° +/-5° Płyty nóg wspomagane sprężynami gazowymi. | TAKPODAĆ |  |
|  | Regulacja manualna podgłówka w zakresie min. -60°/+45° | TAK |  |
|  | Poszczególne elementy blatów łączone na zasadzie gniazda wpustowego, bez dodatkowych manipulacji w innych płaszczyznach. Jedno kliknięcie po prostym osadzeniu w gnieździe ma stanowić bezpieczne połączenie elementów. Wyjątek może stanowić sposób mocowania podgłówka. | TAK |  |
|  | Funkcja blatu stołu do pozycji „FLEX”/„REFLEX” za pomocą jednego przycisku. | TAK |  |
|  | Układ sterowania ruchami blatu, zapewniający płynną ich regulację i wysoką stabilność pozycjonowania. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w antystatyczne, demontowane materace (łączenia na materacach zespalane metodą bezszwową) o grubości min. 80 mm posiadając właściwości przeciwodleżynowe, odporne na działanie środków dezynfekujących. Materac posiadający funkcję „pamięci kształtu” oraz zabezpieczenia pacjenta przed wychłodzeniem. W części dwudzielnego siedziska materac całościowo ma pokrywać tą część stołu. | TAK |  |
|  | Zasilanie stołu akumulatorowe z wbudowanym układem ładowania – wskaźnik stanu naładowania baterii na pilocie. | TAK |  |
|  | W trybie awaryjnym możliwość pracy z sieci 230V. | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie stołu min. 450 kg +/-20 kg w konfiguracji normalnej i odwróconej. | TAKPODAĆ |  |
|  | Szyny akcesoryjne wzdłuż wszystkich segmentów, po obu stronach blatu stołu – standardowe. Nie dotyczy podgłówka. | TAK |  |
|  | Wyposażenie stołu: |  |  |
|  | Podpora pod rękę – 1 szt. | TAK |  |
|  | Ekran anestezjologiczny z zaciskiem – 1 szt. | TAK |  |
|  | Pas do mocowania pacjenta – 1 szt. | TAK |  |
|  | Pozycjoner żelowy pod głowę okrągły – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wieszak na płyny infuzyjne – 1 szt. | TAK |  |
|  | Pilot przewodowy – 1 szt. | TAK |  |
|  | Segment plecowy z odejmowanymi segmentami barkowymi – do operacji barku z możliwością dołączenia podgłówka specjalistycznego typu „hełm” – 1 kpl. | TAK |  |
|  | Podgłówek specjalistyczny typu „hełm”, do operacji barku – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wózek do transportu i przechowywania akcesoriów z koszem i szyną sprzętową – 1 szt. | TAK |  |
|  | Stabilizator nogi – uchwyt zakładany na udo pacjenta z miękką wyściółką i pasem mocującym do stabilizacji nogi podczas artroskopii kolana, z zaciskiem do montażu na szynie akcesoryjnej blatu – 1 kpl. | TAK |  |
|  | Zapora boczna do ułożenia pacjenta w pozycji bocznej z ramką regulowaną; mocowana do szyny bocznej; z poduszką uniwersalną – 1 kpl. | TAK |  |
|  | Zapora stała z poduszką; mocowanie do szyny bocznej stołu – 1 szt. | TAK |  |

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

**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 ………./66/Med./2014**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **…………...2014 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 powyżej 134 000 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**
9. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 8**
10. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 9**
11. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 10**
12. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 11**
13. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 12**
14. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 13**
15. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 14**
16. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 15**
17. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 16**
18. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 17**
19. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 18**
20. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 19**
21. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 20**
22. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 21**

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. Cena, o której mowa w ust. 3 , 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 dostarczony sprzęt 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 / Protokół zdawczo - odbiorczy, 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 nieuiszczonych 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 4 tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Bartoszem Lisowskim tel. (71) 766 04 68. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru sprzętu w imieniu Zamawiającego są:

1. Wiesław Król
2. Bartosz Lisowski

wraz z Kierownikiem/Ordynatorem właściwego Oddziału.

1. 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, o którym mowa w §5 ust. 9.
2. 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.).
3. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia sprzętu przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia go do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
4. Wykonawca realizuje przedmiot umowy własnymi siłami oraz przy pomocy podwykonawców wskazanych w ofercie. Jeżeli Wykonawca zleci wykonania niektórych czynności innym podmiotom to ponosi on pełna odpowiedzialność za działania innych dostawców, który powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
5. 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. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 68. 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.
6. 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 68.

**§ 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 sprzętu 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 sprzętu, uzgodnienia terminu przyjazdu przedstawicieli wykonawcy w ramach serwisu i odbioru wykonanych prac - Sekcja Sprzętu Medycznego:
11. Wiesław Król tel. (71) 7660 128/468; fax 71/ 723 05 96
12. Bartosz Lisowski tel. (71) 7660 468
13. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzony fax. na nr **…………………….**.
14. 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 zapisy 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 pakietu 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 umowy w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii), za każdy dzień opóźnienia,
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy, 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 pakietu, od której realizacji odstąpiono w całości lub części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
7. Zamawiający przewiduje możliwość kumulacji kar umownych za to samo przewinienie.
8. 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 66/Med./2014, 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 / PROTOKÓŁ ZDAWCZO - ODBIORCZY**

**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 66/Med./2014, 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 2013r., poz.907 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 2013r., poz.907 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 skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)