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

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 41/Med./2015**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO NA POTRZEBY 4 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO Z POLIKLINIKĄ WE WROCŁAWIU**

**WG PAKIETÓW 1-11**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

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

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PONIŻEJ 134 000 EURO W ZWIĄZKU Z ART. 6a PZP (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.

Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z art. 26 ust. 2b PZP, odpowiada solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba, że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.

**Zatwierdził:**

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

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:**

**pakiet 1 – aparatu do szybkiego toczenia płynów śródoperacyjnie;**

**pakiet 2 – elektrokardiografu;**

**pakiet 3 – toru wizyjnego do kapilaroskopu z wyposażeniem;**

**pakiet 4 – aparatów BIPAP z wyposażeniem;**

**pakiet 5 – holterów ciśnieniowych;**

**pakiet 6 – holterów ekg;**

**pakiet 7 – aparatów ekg 12 kanałowych;**

**pakiet 8 – przepływomierzy dopplerowskich;**

**pakiet 9 – kapnografu;**

**pakiet 10 – zestawu do zabiegów szczękowo-twarzowych;**

**pakiet 11 – łóżek.**

1. 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 jest zobowiązany wykazać, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi Zamawiającego poprzez załączenie do oferty dokumentów potwierdzających ten stan rzeczy wydanych przez podmioty niezależne np. Ekspertyz Rzeczoznawczych.

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
2. **Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych na całe poszczególne pakiety 1-11.**
3. Zamawiający nie przewiduje zamówienia uzupełniającego, o którym mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 PZP.
4. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
5. Przedmiot zamówienia został opisany w rozdziale **V SIWZ** oraz w **załączniku nr 2 i 2a**do niniejszej SIWZ.
6. Szczegółowe zasady podpisania, realizacji umowy oraz jej zakończenia zawarte są we wzorze umowy – 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 musi wykazać nie później niż w terminie składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 PZP. Powyższe stosuje się odpowiednio do konkursu.
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: 41/Med./2015

***„Oferta na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby 4 Wojskowego szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu wg pakietów 1-11”***

nie otwierać przed dniem **06.07.2015r.** 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 i art. 24b ust. 3 PZP.**

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

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

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

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

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

**5)** **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. a, c SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. b SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów wskazanych Wykonawca składa dokument zawierający oświadczenie, 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 maja 2010 r. 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 maja 2010r. o wyrobach medycznych - Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn.zm.)).
3. Wykonawca zobowiązany jest, aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu lub
4. Wykonawca złoży odrębne pismo potwierdzające złożenie wniosku poświadczone przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

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

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

**3. POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**

1. Wypełniony bez wyjątku formularz ofertowy stanowiący Załącznik Nr 1 do SIWZ.
2. 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.
3. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa:**

**pakiet 1 – aparatu do szybkiego toczenia płynów śródoperacyjnie;**

**pakiet 2 – elektrokardiografu;**

**pakiet 3 – toru wizyjnego do kapilaroskopu z wyposażeniem;**

**pakiet 4 – aparatów BIPAP z wyposażeniem;**

**pakiet 5 – holterów ciśnieniowych;**

**pakiet 6 – holterów ekg;**

**pakiet 7 – aparatów ekg 12 kanałowych;**

**pakiet 8 – przepływomierzy dopplerowskich;**

**pakiet 9 – kapnografu;**

**pakiet 10 – zestawu do zabiegów szczękowo-twarzowych;**

**pakiet 11 – łóżek.**

**Kody CPV: 33190000-1; 33123200-0; 33162100-4; 33100000-1; 33123000-8; 33112320-7; 33100000-1; 33192130-2.**

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **dostawa** **sprzętu do 4 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław

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

**1. Obowiązek wpłaty wadium**

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

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

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

Przystępując do przetargu Wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **7 970,00 zł** (słownie: siedem tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt złotych, 00/100), na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet 1 | 390,00 zł |
| Pakiet 2 | 300,00 zł |
| Pakiet 3 | 960,00 zł |
| Pakiet 4 | 780,00 zł |
| Pakiet 5 | 480,00 zł |
| Pakiet 6 | 240,00 zł |
| Pakiet 7 | 570,00 zł |
| Pakiet 8 | 300,00 zł |
| Pakiet 9 | 1 150,00 zł |
| Pakiet 10 | 1 440,00 zł |
| Pakiet 11 | 1 360,00 zł |

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **06.07.2015r.** 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,
2. gwarancjach bankowych,
3. gwarancjach ubezpieczeniowych lub poręczeniach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy PZP,
4. przelewem na rachunek Zamawiającego - środki finansowe powinny wpłynąć na konto Zamawiającego do **06.07.2015r.** do godz. **10:00 pod rygorem wykluczenia z postępowania.**

**Bank Gospodarstwa Krajowego O/Wrocław nr 07 1130 1033 0018 7991 8520 0007**

**z zaznaczeniem:**

***,,Wadium w przetargu na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu wg pakietów 1-11”****,*

***znak sprawy: 41/Med./2015”***

***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 z dnia 13 stycznia 2015r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 128) nie wymagający podpisu ani stempla).

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

**UWAGA!**

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

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

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

**ICH OCENY**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA KRYTERIUM** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena** | **94%** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Termin gwarancji** | **6%** | **indywidualnie** |
| **OGÓŁEM** | | **100%** |  |

Ocena ofert zostanie przeprowadzona na podstawie przedstawionych wyżej kryteriów oraz ich wag. Oferty będą oceniane punktowo. Maksymalna liczna punktów jaką, po uwzględnieniu wagi, może osiągnąć oferta wynosi 100 pkt.

1. **Ocena ofert**
2. Wyboru najkorzystniejszej oferty dokonuje Komisja przetargowa po uprzednim sprawdzeniu, porównaniu i ocenie ofert na podstawie kryterium oceny określonym   
   w niniejszym rozdziale, pkt. 1.
3. O wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje największa ilość punktów uzyskanych przez Wykonawcę, stanowiąca sumę punktów za ww. kryteria.
4. **Punkty za oferowaną cenę** (wartość brutto ) wyliczamy wg wzoru:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

1. **Za termin gwarancji** członkowie Komisji przetargowej przyznają punkty zgodnie z opisem poniżej:

Punkty za oferowany termin gwarancji sprzętu:

* gwarancja 24 miesiące – 0 pkt;
* gwarancja 36 miesięcy – 2 pkt;
* gwarancja 48 miesięcy – 4 pkt
* gwarancja 60 miesięcy – 6 pkt.

Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji w załączniku nr 1 (oferta) wg. ściśle określonego powyżej wymogu (tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

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

Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta:

1. odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w PZP;
2. jest zgodna z treścią SIWZ;
3. została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane kryteria 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, w takim przypadku Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów umowy w formie aneksu. W przypadku urzędowej zmiany stawki podatku 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.
6. Zmiana siedziby Wykonawcy nie stanowi zmiany treści umowy i nie wymaga aneksu do umowy.

**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.*

Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli oferty, do przedstawienia informacji dotyczącej kwoty podatku od towarów i usług doliczonej do ceny złożonej oferty, jeżeli ta informacja nie wynika z treści oferty, oraz informacji dotyczącej możliwości powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011r. Nr 177, poz. 105 z późn. zm.), wraz ze wskazaniem nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz ich wartości bez kwoty podatku, a następnie poprawia oferty w zakresie ceny przez pomniejszenie tej ceny o podatek od towarów i usług w zakresie, w jakim u Zamawiającego powstaje obowiązek rozliczenia podatku od towarów i usług. Oferta, której wybór powodowałby powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego, jest oceniana z uwzględnieniem art. 91 ust. 3a PZP, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 9 kwietnia 2015r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 605).

**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 **06.07.2015r** 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:
* **Agnieszka Mikulska, Sylwia Komorek** tel. 261 660 462 lub 261 660 468 **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Anna Filipek** tel. 261 660 119 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax:** tel.261 660 119 - 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 30 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 06.07.2015r. 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. Jeżeli cena oferty wydaje się rażąco niska w stosunku do przedmiotu zamówienia i budzi wątpliwości Zamawiającego co do możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego lub wynikającymi z odrębnych przepisów, w szczególności jest niższa o 30% od wartości zamówienia lub średniej arytmetycznej cen wszystkich złożonych ofert, Zamawiający zwróci się o udzielenie wyjaśnień, w tym złożenie dowodów, dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny, w szczególności w zakresie:
4. oszczędności metody wykonania zamówienia, wybranych rozwiązań technicznych, wyjątkowo sprzyjających warunków wykonywania zamówienia dostępnych dla Wykonawcy, oryginalności projektu Wykonawcy, kosztów pracy, których wartość przyjęta do ustalenia ceny nie może być niższa od minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. z 2002r. Nr 200, poz. 1679 z późn. zm.);
5. pomocy publicznej udzielonej na podstawie odrębnych przepisów.
6. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco iskiej ceny, spoczywa na Wykonawcy.
7. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 i art. 24 b ust. 3 PZP.
8. 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 - **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**
7. Wzór protokołu instalacji i przekazania /protokołu zdawczo – odbiorczego – **załącznik nr 6**

**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 na potzrby 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu wg pakietów 1-11, znak sprawy: 41/Med./2015,***

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

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

**Pakiet 1**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 2**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 3**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 4**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 5**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 6**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 7**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 8**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 9**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 10**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

**Pakiet 11**

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

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

Termin gwarancji **….. miesięcy** (Zamawiający wymaga wpisania terminu gwarancji wg wymagań ściśle określonych w SIWZ Rozdz. VII pkt 2 ppkt 4 tzn. **24 miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy**)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **30 dni**;
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców[[1]](#footnote-1);
4. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia[[2]](#footnote-2);
5. 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 maja 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;
6. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (**Załącznik Nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści (jeżeli wystąpiły);
7. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
8. Wadium w kwocie **......................... zł** zostało wniesione w dniu **...................** w formie **...........................................................................................................................................**
9. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
10. **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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553z późn. zm.)).**

………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 1** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Aparat do szybkiego toczenia płynów śródoperacyjnie** | **1 szt.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 2** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Elektrokardiograf** | **1 szt.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 3** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Tor wizyjny do kapilaroskopu z wyposażeniem** | **1 kpl.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 4** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Aparat BIPAP z wyposażeniem** | **2 kpl.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 5** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Holter ciśnieniowy** | **5 szt.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 6** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Holter EKG** | **3 szt.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 7** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Aparat EKG 12 kanałowy** | **3 kpl.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 8** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Przepływomierz dopplerowski ABPI** | **1 kpl.** |  |  |  |  |
| **2** | **Przepływomierz dopplerowski DFKI** | **1 kpl.** |  |  |  |  |
| **3** | **Przepływomierz dopplerowski PAD** | **1 kpl.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 9** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Kapnograf** | **1 szt.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 10** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Zestaw do zabiegów szczękowo-twarzowych** | **1 kpl.** |  |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 11** | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **zakupu** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | **Łóżko** | **6 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 Aparat do szybkiego toczenia płynów śródoperacyjnie – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[3]](#footnote-3)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **Aparat do szybkiego toczenia płynów śródoperacyjnie 1 szt.** | | | |
| 1. | Typ ochrony przed porażeniem elektrycznym BF | Tak |  |
| 2. | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem IPX1 | Tak |  |
| 3. | Zasilanie 220V 50Hz +/-10% | Tak |  |
| 4. | Tryb pracy urządzenia Ciągły | Tak |  |
| 5. | Metoda podgrzewania: Ciepła cyrkulująca woda | Tak |  |
| 6. | Zakres prędkości wlewu ogrzanego płynu 100 – 60 000 ml/godz. | Tak |  |
| 7. | Możliwość bezpiecznego ogrzewania krwi i związków krwiozastępczych | Tak |  |
| 8. | Stała, ustawiona fabrycznie temp. ogrzewania (bezpieczna dla krwi i związków krwiozastępczych) | Tak |  |
| 9. | Podwójny system zabezpieczeń przed przegrzaniem | Tak |  |
| 10. | Wyświetlacz z cyfrowym wskaźnikiem temperatury | Tak |  |
| 11. | Zbiornik na wodę roboczą z przezroczystym okienkiem umożliwiającym ciągły podgląd poziomu cieczy | Tak |  |
| 12. | Możliwość podłączenia modułu detektora powietrza zatrzymującego podaż płynu w przypadku wykrycia powietrza w linii | Tak |  |
| 13. | Monitorowanie bieżącej pracy urządzenia na wskaźnikach | Tak |  |
| 14. | Alarmy wizualne i dźwiękowe: |  |  |
| 14.1. | zbyt wysoka temperatura | Tak |  |
| 14.2. | złe zamocowanie zestawu do przetoczeń w urządzeniu | Tak |  |
| 14.3. | nieprawidłowa praca pompy | Tak |  |
| 14.4. | zbyt niski poziom płynu roboczego | Tak |  |
| 15. | Funkcje testowania poprawności pracy aparatu (funkcja testu temp. i test alarmów) | Tak |  |
| 16. | Stabilny stojak z układem jezdnym (z hamulcami) i dwiema szynami do zamocowania dwóch automatycznych komór ciśnieniowych obok siebie oraz mocowania urządzeń dodatkowych np. pomp infuzyjnych | Tak |  |
| 17. | Wysięgnik na worki z płynem do podaży grawitacyjnej o regulowanej wysokości | Tak |  |
| 18. | Dwie automatycznie pompowane komory ciśnieniowe utrzymujące stałe ciśnienie 300mmHg na worki z płynem w zestawie | Tak |  |
| 19. | Szeroki asortyment linii jednorazowych, linie wyposażone w dwa wkłucia kroplowe, filtr do przetoczeń krwi i pułapkę powietrza w linii | 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 2 Elektrokardiograf – 1szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[4]](#footnote-4)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **SYSTEM** | | | |
|  | Zapis 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w trybie Auto, Manual, lub Arytmia (z definiowalnym czasem pomiaru) | TAK |  |
|  | Rozpoczęcie akwizycji sygnału poprzez jeden przycisk | TAK |  |
|  | Detekcja stymulatora serca z możliwością włączenia/wyłączenia tej opcji | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej, Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | TAK |  |
|  | Pomiar akcji serca w zakresie minimum 30 – 300/min | TAK |  |
|  | Możliwość uaktualniania oprogramowania w razie konieczności, za pośrednictwem nośników danych | TAK |  |
|  | Analiza i interpretacja wyników EKG. | TAK |  |
|  | Szeroki zakres filtracji min. 20/40/100/150HZ | TAK |  |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylujący | TAK |  |
|  | Próbkowanie stymulatora serca minimum 75 000Hz | TAK |  |
|  | Próbkowanie sygnału EKG min. 16 000Hz | TAK |  |
| **DRUKARKA** | | | |
|  | Prędkość zapisu min. 12,5; 25; 50 mm/s | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądu zapisu EKG przed wydrukiem w celu wizualnej inspekcji jakości zapisu | TAK |  |
|  | Wydruk na wbudowanej drukarce na papierze termicznym A4 (do 12 krzywych) z automatycznym opisem parametrów rejestracji, datą i godziną badania | TAK |  |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku | TAK |  |
| **EKRAN** | | | |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | TAK |  |
|  | Ekran o przekątnej minimum 7 cali, rozdzielczość ,minimum 800x480 | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczne dane demograficzne pacjenta: nazwisko, numer identyfikacyjny | TAK |  |
|  | Informacja na ekranie o stanie naładowania akumulatora oraz o podłączeniu do sieci | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczna wartość częstości serca (w uderzeniach na minutę) | TAK |  |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczny komunikat tekstowy o awarii odprowadzenia | TAK |  |
| **KLAWIATURA** | | | |
|  | Pełna klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych demograficznych badanych pacjentów z możliwością wpisywania wielkich liter, wyposażona w definiowalne klawisze funkcyjne do bezpośredniego dostępu do: zmiana trybu pracy systemu, zapis EKG, stop zapisu EKG, zmiana krzywych EKG na ekranie, manualne ustawienia zapisu EKG, etc | TAK |  |
|  | Klawiatura odporna na mycie wodą i detergentami bez konieczności użycia specjalnych przyrządów, podejmowania dodatkowych czynności (demontaż) | TAK |  |
| **WYPOSAŻENIE TECHNICZNE** | | | |
|  | Ergonomiczna konstrukcja przewodów pacjenta składających się z dwóch części: multi-link i 10-odprowadzeń, sposób konstrukcji umożliwiający wymianę tylko pojedynczych uszkodzonych przewodów | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. Możliwość ciągłego drukowania wyników przez minimum 3 godziny lub rejestracji minimum 90 zapisów EKG do całkowitego wyładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Łatwy dostęp do akumulatora. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia kabla pacjenta z wymiennymi przewodami elektrod na wypadek uszkodzenia jednego przewodu | TAK |  |
|  | Masa urządzenia gotowego do pracy (bez papieru) max. 5,5 kg | TAK |  |
|  | System operacyjny urządzenia oparty na Windows CE | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w minimum 1 port USB do bezpośredniego podłączenia zewnętrznej klawiatury, lub opcjonalnego czytnika kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czytnik kart SD | TAK |  |
|  | Interfejs komunikacyjny: RS 232 i LAN | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję wysiłkową oraz sterowanie bieżnią i ergometrem rowerowym | TAK |  |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK |  |
|  | Dedykowany wózek pod aparat | TAK |  |
|  | Pełna współpraca z systemem MUSE 8.0 posiadanym przez Zamawiającego (przesył danych do systemu, edycja przesłanych danych w systemie, archiwizacja) | 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 3** **Tor wizyjny do kapilaroskopu z wyposażeniem 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | Parametry Wymagane[[5]](#footnote-5) | parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty |
| **Tor wizyjny do kapilaroskopu z wyposażeniem 1 kpl.** | | | |
|  | Kolorowa kamera cyfrowa z gwintem typu C , | Tak |  |
|  | Sensor CMOS 1/2.5", | Tak |  |
|  | Rozmiar piksela 2.2^m x 2.2^im, | Tak |  |
|  | Rozdzielczość: 2560x1920 (5 MPix), | Tak |  |
|  | Odświeżanie: |  |  |
|  | 20 klatek/s w rozdzielczości 800x600 (połączenie z komputerem), o 30 klatek/s w rozdzielczości 1920x1080 (połączenie przez DVI-D) | Tak |  |
|  | Czas ekspozycji: 10^is - 2s | Tak |  |
|  | Możliwość pracy bez podłączania do komputera, | Tak |  |
|  | lx slot kart SD, lx mini USB 2.0, lx RJ 45(LAN), lx DVI- D (miniHDMI) | Tak |  |
|  | połączenie: USB 2.0 | Tak |  |
|  | Oprogramowanie do archiwizacji i akwizycji obrazów | Tak |  |
|  | Adapter kamery 0,5x do Stemi 2000C (C-mount) | Tak |  |
|  | Zasilacz Mini USB 2.0, 5V/1A; 100...240VAC/50...60Hz, | Tak |  |
|  | Przewód HDMI - DVI-D, | Tak |  |
|  | Karta pamięci SDHC min 4GB z pokrowcem, | Tak |  |
|  | Pilot IR | Tak |  |
|  | Zestaw komputerowy do pracy z zestawem | 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 4 Aparat BIPAP z wyposażeniem 2 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametry wymagane[[6]](#footnote-6)** | **parametry oferowane** |
| **Parametry ogólne** | | | |
| 1 | Aparat przeznaczony do nieinwazyjnego wspomagania wentylacji (NWW) oraz inwazyjnej wentylacji mechanicznej dla pacjentów z niewydolnością oddechową, oraz obturacyjnym bezdechem sennym (OBS) | TAK |  |
| 2 | Aparat wyposażony we własne zasilanie w sprężone powietrze, przeznaczone do użytku w warunkach domowych, jak i w szpitalu. | TAK  (opisać) |  |
| 3 | Aparat wyposażony w zintegrowane zasilanie akumulatorowe, spełniające następujące wymagania:  - awaryjne zasilanie akumulatorowe zapewniające pracę aparatu przez 6 godzin,  - w przypadku utraty zasilania sieciowego płynne przełączanie na zasilanie akumulatorowe.  - całkowita waga aparatu poniżej 4 kg. | TAK |  |
| 4 | Menu w języku polskim. | TAK |  |
| 5 | Aparat wyposażony w kolorowy wyświetlacz LCD zapewniający jednoczesne monitorowanie:  - objętości oddechowej (VTe),  - częstości oddechów (RR),  - przecieków powietrza,  - ciśnień terapeutycznych,  - wentylacji minutowej (MV),  - stosunku I/E,  - poziomu naładowania akumulatora zasilającego. | TAK |  |
| 6 | Aparat posiadający następujące tryby wentylacji:  - tryb CPAP,  - tryby ciśnieniowe z zapewnieniem minimalnej częstości oddechów kontrolowanych,  - tryby objętościowe, lub typu V target z zapewnieniem minimalnej częstości oddechów kontrolowanych. | TAK |  |
| 7 | Tryby wentylacji ciśnieniowej:  - tryb S  - tryb ST  - tryb PAC/PC  - tryb T | TAK |  |
| 8 | Programowalne parametry wentylacji oraz ich zakresy:  - ciśnienie IPAP w zakresie min.: 4 - 40 [cmH20],  - ciśnienie EPAP w zakresie min.: 4 - 25 [cmH20],  - częstość oddechów w zakresie min.: 4 - 40 [BPM]  - czas wdechu Ti w zakresie min.: 0,5 - 3,0 [sek].  - szybkość narastania ciśnienia przy przejściu z fazy wydechu do fazy wdechu w zakresie min.: 100 – 600[MS]. | TAK  podać wartości |  |
| 9 | Funkcja typu V target (objętości docelowej), umożliwiająca zaprogramowanie objętości oddechowej VTe w zakresie min. 200 -1500 [ml], częstości oddechów kontrolowanych z zakresie: 4-40 BPM oraz Ti w zakresie 0,5 -3,0 [sek]. | TAK  podać |  |
| 10 | Aparat wyposażony w tryb wentylacji, w którym automatycznie dostosowane jest wspomaganie ciśnieniowe (PS), automatycznie dobierana min. częstość oddechów (automatyczny „back-up rate”) i automatycznie dostosowywane ciśnienie EPAP w celu eliminacji zaburzeń o charakterze obturacyjnym . | TAK  Opisać |  |
| 11 | System automatycznych „triggerów”, automatycznie dobierających czułość wyzwalania zmian fazy cyklu oddechowego pod wpływem spontanicznego wysiłku pacjenta. | TAK  opisać |  |
| 12 | System manualnego nastawianie czułości „triggerów” zarówno dla fazy wdechu, jak i wydechu - min. 5 poziomów trigger’a wdechowego. | TAK  opisać |  |
| 13 | Automatyczne rejestrowanie poziomu przecieków powietrza w układzie oraz ich automatyczna kompensacja. | TAK  Opisać |  |
| 14 | Rejestracja i dostęp z poziomu aparatu do dziennika alarmów - prezentacja min. 10 ostatnich alarmów. | TAK |  |
| 15 | Aparat wyposażony w akustyczne i wizualne alarmy:  - alarm wysokiej częstości oddechów,  - alarm braku zasilania,  - alarm niskiego poziomu naładowania akumulatora  - alarm rozłączenia obwodu pacjenta,  - alarm bezdechu  - alarm niskich przecieków powietrza w obwodzie pacjenta. | TAK |  |
| 16 | Zapis danych terapeutycznych w czasie terapii na nośniku pamięci (typu karta pamięci). | TAK |  |
| 17 | Możliwość zaprogramowania parametrów pracy aparatów za  pomocą karty pamięci. | TAK |  |
| 18 | Możliwość podłączenia do aparatów zintegrowanej przystawki do pomiaru SpO2. | TAK |  |
| 19 | Możliwość podłączenia do aparatów zintegrowanego nawilżacza powietrza. | TAK |  |
| 20 | Możliwość podłączenia aparatów do polisomnografów i zdalnego wprowadzania zmian parametrów wentylacji z pozycji komputera. | TAK |  |
| Wyposażenie dodatkowe | | | |
| 23 | Filtr wlotu powietrza do zaoferowanych aparatów - 1 sztuka | TAK |  |
| 24 | Karta pamięci - 1 sztuka | TAK |  |
| 25 | Elastyczna rura wielokrotnego użytku o średnicy 22 mm  i długości ok. 1,8m. możliwość sterylizacji w autoklawie - 1 sztuka | TAK |  |
| 26 | Dedykowana torba do urządzenia - 1 sztuka | TAK |  |
| 27 | Silikonowa maska ustno-nosowe wielokrotnego użytku (możliwość sterylizacji) z min. 3 kompatybilnymi końcówkami w różnych rozmiarach – 1 sztuka.  Maska spełniająca następujące wymagania:  - lekka,  - płynna regulacja ramienia podpory czołowej,  - zintegrowany port przeciekowy,  - wymienne poduszki silikonowe. | TAK |  |
| **RESPIRATOR DO WSPOMAGANIA WENTYLACJI MECHANICZNEJ** | | | |
| 28 | Model/Typ (podać) Rok produkcji nie wczesniej niż 2014 | TAK |  | |
| 29 | Aparat do wentylacji okresowej lub ciągłej do pracy w szpitalu. | TAK |  | |
| 30 | Aparat do wentylacji nieinwazyjnej i inwazyjnej | TAK |  | |
| 31 | Aparat ze zintegrowanym(-i) akumulatorem(-ami) Li-On zapewniającym(-i) nieprzerwaną pracę urządzenia przez min. 6 godzin. Waga aparatu poniżej 5 kg. | TAK |  | |
| 32 | Kolorowy wyświetlacz LCD. Jednoczesna prezentacja na wyświetlaczu w czasie wentylacji następujących parametrów:  - objętość oddechowa (VT) ,  - tryb wentylacji,  - aktualny poziom ciśnienia generowanego,  - częstość oddechów (RR),  - wentylacja minutowa (MV),  - szczytowy przepływ wdechowy (PIF),  - średnie ciśnienie w drogach oddechowych (MAP),  - stosunek czasu trwania wdechu do wydechu (I:E),  - maks. ciśnienie wdechowe (PIP),  - informacja o sposobie inicjacji wdechu - (spontaniczny/wymuszony),  - poziom naładowania akumulatorów | TAK |  | |
| 33 | Menu aparatu w języku polskim. | TAK |  | |
| 34 | Tryby pracy: PAC,, VC, SIMV, PC-SIMV, PS, CPAP, ACV | TAK |  | |
| 35 | Dwa profile ustawień różnych parametrów wentylacji z możliwością zaprogramowania i zapamiętania; możliwość przełączania profili ustawień aparatu przez pacjenta | TAK |  | |
| 36 | Rejestracja i wyświetlanie na ekranie urządzenia dziennika zdarzeń oraz dziennika alarmów (min. 20 ostatnich alarmów) | TAK |  | |
| 37 | Wejście tlenowe | TAK |  | |
| 38 | Praca z zastosowaniem zarówno obwodu pacjenta z zastawką oddechową i obwodu pacjenta bez zastawki (z portem wydechowym) dla trybów sterowanych objętością i ciśnieniem. | TAK |  | |
| 39 | Tryb wentylacji umożliwiający jednoczesną automatyczną adaptację ciśnienia wdechowego, wydechowego i ilości oddechów wymuszonych. Automatyczne zmiany ciśnienia EPAP przy wystąpieniu bezdechów obturacyjnych. | TAK |  | |
| 40 | Możliwość zaprogramowania w trybach sterowanych ciśnieniem określonej objętości wydechowej w zakresie 50-2000 ml przy zastosowaniu obwodu z portem wydechowym | TAK |  | |
| 41 | Możliwość zastosowania automatycznego triggera wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech-wydech oraz wydech-wdech), reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta bez konieczności manualnego dostosowania | TAK |  | |
| 42 | Możliwość zastosowania triggera wdechowego przepływowego przy wentylacji nieinwazyjnej i inwazyjnej (8 poziomów). | TAK |  | |
| 43 | Możliwość zastosowania triggera wydechowego w zakresie 10% - 90% wielkości przepływu szczytowego | TAK |  | |
| 44 | Oprogramowanie umożliwiające transfer i gromadzenie danych terapeutycznych oraz nadzór nad przebiegiem terapii wraz z niezbędnymi akcesoriami do zapisu tych danych.  Możliwość wygenerowania raportów z danymi terapeutycznymi. | 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 5 Holter ciśnieniowy 5 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[7]](#footnote-7)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | | | |
|  | Rejestrator z oscylometryczną metodą pomiaru | Tak |  |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu ciągłego zapisu: 24, 27, 48 oraz 51 godz. | Tak |  |
|  | Pomiar na żądanie | Tak |  |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | Tak |  |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | Tak |  |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | Tak |  |
|  | Różne średnice rękawów, 3 rodzaje | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | Tak |  |
|  | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | Tak |  |
|  | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
|  | Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie | Tak |  |
|  | Wymiary 98 × 69 × 29 mm | Tak |  |
|  | Waga 190g bez akumulatorów | Tak |  |
|  | Informacja o napięciu baterii [V] na wyświetlaczu rejestratora | Tak |  |
|  | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital systemem BTL Cardiopoint ABPM | 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 6 Holter Ekg 3 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[8]](#footnote-8)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | | | |
|  | Rejestrator 3-kanałowy | Tak |  |
|  | Zapis danych w trybie 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | Tak |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | Tak |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | Tak |  |
|  | Menu rejestratora w języku polskim | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 2000Hz przy rozdzielczości zapisu 24 bity | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu 40000Hz | Tak |  |
|  | Czas ciągłego zapisu do 48 godzin | Tak |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | Tak |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG i oporności elektrod | Tak |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | Tak |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | Tak |  |
|  | Zakres częstotliwości 0,049 Hz–220 Hz | Tak |  |
|  | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
|  | Wymiary102 × 62 × 24 mm | Tak |  |
|  | Waga 106 g | Tak |  |
|  | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | Tak |  |
|  | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital systemem BTL Cardiopoint Holter | 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 7 Aparat EKG 12 kanałowy 3 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[9]](#footnote-9)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | | | |
|  | Aparat 12-kanałowy | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 dowolnych odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą) | Tak |  |
|  | Wymiar ekranu 5,7” ; 118 x 89 mm | Tak |  |
|  | Rozdzielczość ekranu (punkty 640 x 480) | Tak |  |
|  | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna, ekran dotykowy | Tak |  |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | Tak |  |
|  | Waga nominalna 5,7 kg | Tak |  |
|  | Zasilanie 100/230V ± 10%, 50–60 Hz | Tak |  |
|  | Szerokość papieru 210 mm | Tak |  |
|  | Rodzaj papieru: rolka i składany i faxowy (możliwość drukowania siatki) | Tak |  |
|  | Rodzaj drukarki: głowica termiczna liniowa | Tak |  |
|  | Interfejsy komunikacyjne: RS232, USB | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania do 40 000Hz | Tak |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50 | Tak |  |
|  | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona | Tak |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie manualnym: 3, 4, 6, 12 | Tak |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie automatycznym: 3x4, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3, 4x3+1, 6x2, 6x2+1, 6x2+2, 12 | Tak |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym: czas synchro, czas rzeczywisty | Tak |  |
|  | Detekcja kardiostymulatorów | Tak |  |
|  | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 | Tak |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60 | Tak |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35 | Tak |  |
|  | Filtr izolinii (Hz): 0.05 (3.2 s), 0.11 (1.5 s), 0.25 (0.6 s), 0.50 (0.3 s), 1.50 (0.1 s), splines | Tak |  |
|  | Filtr autoadaptacyjny 90Hz, automatyczna regulacja linii izoelektrycznej | Tak |  |
|  | Sygnał dźwiękowy tętna | Tak |  |
|  | Baza danych 250 zapisów EKG w pamięci aparatu | Tak |  |
|  | Profil automatyczny | Tak |  |
|  | Profil manualny | Tak |  |
|  | Tryb LONG (długi zapis EKG bez jednoczesnego wydruku do wykrywania arytmii – do 10 minut) | Tak |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG bez drukowania z pamięci aparatu | Tak |  |
|  | Możliwość rozszerzenia o moduł wysyłania badania poprzez sieć LAN lub WiFi | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o spirometrię (15 lub 49 parametrów spirometrycznych) podłączaną i sterowaną bezpośrednio z aparatu EKG za pomocą ekranu dotykowego i klawiszy funkcyjnych | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania zapisu przy podłączeniu tylko elektrod kończynowych (np. przy urazach czy opatrunku klatki piersiowej) | Tak |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o analizę liczbową, interpretację słowną, uśredniania krzywych EKG, 10 sek. tętna | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie komputerowego EKG pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG z możliwością analizy tzw. długiego QT oraz porównywania badań tego samego pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych | Tak |  |
|  | Wózek jezdny z kuwetą | Tak |  |
|  | Dodatkowy kabel pacjenta | 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 Przepływomierz dopplerowski 3 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[10]](#footnote-10)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **Doppler ABPI 1szt.** | | | |
|  | doppler dwukierunkowy | Tak |  |
|  | wodoszczelna sonda | Tak |  |
|  | sonda zamontowana na elastycznym, kręconym i wodoszczelnym kablu | Tak |  |
|  | sonda umożliwiająca wykrywanie naczyń peryferyjnych i uwapnionych arterii. | Tak |  |
|  | częstotliwość pracy sondy 8MHz | Tak |  |
|  | sonda do kończyn z obrzękiem i do wykrywania głęboko położonych naczyń. Idealna do wspomagania 8MHz przy pomiarach wskaźnika ABPI. | Tak |  |
|  | częstotliwość pracy sondy 5MHz | Tak |  |
|  | waga max. 310g (z baterią) | Tak |  |
|  | max. wymiary: 140x 74x 27 mm (długość x szerokość x grubość) | Tak |  |
|  | wbudowane złącze RS232 umożliwiające podłączenie do komputera lub bezpośrednio do drukarki | Tak |  |
|  | wbudowany głośnik | Tak |  |
|  | ciśnieniomierz zegarowy zintegrowany wyposażony w mankiety o różnych rozmiarach | Tak |  |
|  | możliwość współpracy z słuchawkami stereo, będącymi na wyposażeniu | Tak |  |
|  | zasilanie z baterii 6F22 9V alkalicznej lub akumulatora | Tak |  |
|  | oszczędzanie energii - automatyczne wyłączenie po zakończeniu badania i braku sygnału Dopplera | Tak |  |
|  | na wyposażeniu etui, żel, przewodnik ABPI/TBPI , instrukcja obsługi w języku polskim, płyta CD z materiałem edukacyjnym, torba umożliwiająca przechowanie zestawu. | Tak |  |
| **Doppler DFK1 1szt.** | | Tak |  |
|  | doppler dwukierunkowy | Tak |  |
|  | wodoszczelna sonda | Tak |  |
|  | sonda zamontowana na elastycznym, kręconym i wodoszczelnym kablu | Tak |  |
|  | sonda umożliwiająca wykrywanie naczyń peryferyjnych i uwapnionych arterii. | Tak |  |
|  | częstotliwość pracy sondy 8MHz | Tak |  |
|  | waga max. 310g (z baterią) | Tak |  |
|  | max. wymiary: 140x 74x 27 mm (długość x szerokość x grubość) | Tak |  |
|  | wbudowane złącze RS232 umożliwiające podłączenie do komputera lub bezpośrednio do drukarki | Tak |  |
|  | wbudowany głośnik | Tak |  |
|  | ciśnieniomierz zegarowy zintegrowany wyposażony w mankiety o różnych rozmiarach | Tak |  |
|  | możliwość współpracy z słuchawkami stereo, będącymi na wyposażeniu | Tak |  |
|  | zasilanie z baterii 6F22 9V alkalicznej lub akumulatora | Tak |  |
|  | oszczędzanie energii - automatyczne wyłączenie po zakończeniu badania i braku sygnału Dopplera | Tak |  |
|  | na wyposażeniu etui, żel, przewodnik ABPI/TBPI , instrukcja obsługi w języku polskim, płyta CD z materiałem edukacyjnym, walizka umożliwiająca przechowanie zestawu. | Tak |  |
| **Doppler PAD 1 szt.** | |  |  |
|  | doppler bezkierunkowy | Tak |  |
|  | wodoszczelna sonda | Tak |  |
|  | sonda zamontowana na elastycznym, kręconym i wodoszczelnym kablu | Tak |  |
|  | sonda szerokowiązkowa umożliwiająca łatwą lokalizację naczyń ,oraz łatwiejsze utrzymywanie kontaktu z naczyniem w czasie pompowania i wypuszczania powietrza. | Tak |  |
|  | częstotliwość pracy sondy 8MHz | Tak |  |
|  | waga max. 298g (z bateriami) | Tak |  |
|  | max. wymiary: 140x 74x 27 mm (długość x szerokość x grubość) | Tak |  |
|  | wbudowany głośnik | Tak |  |
|  | ciśnieniomierz zegarowy zintegrowany | Tak |  |
|  | możliwość współpracy z słuchawkami stereo | Tak |  |
|  | zasilanie z baterii 6F22 9V alkalicznej lub akumulatora | Tak |  |
|  | oszczędzanie energii - automatyczne wyłączenie po zakończeniu badania i braku sygnału Dopplera | Tak |  |
|  | na wyposażeniu etui, żel, przewodnik ABPI , instrukcja obsługi w języku polskim, płyta CD z materiałem edukacyjnym | 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 9 Kapnograf 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[11]](#footnote-11)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | | | |
|  | Kapnograf przezskórny do pomiaru poziomu parcjalnego dwutlenku węgla tcPC02 i Sp02 | Tak |  |
|  | Wymiana membrany czujnika do pomiaru tcPC02 i Sp02 co minimalnie 40 dni lub więcej | Tak |  |
|  | Ciągłe monitorowanie tcPC02 i Sp02 do 12 godzin; bez potrzeby zmiany miejsca aplikacji czujnika | Tak |  |
|  | Wyświetlacz kolorowy TFT minimum 6,3" | Tak |  |
|  | Zintegrowany system automatycznej kalibracji czujnika po umieszczeniu w stacji dokującej. | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar tcpC02, Sp02 i pulsu za pomocą jednego czujnika | Tak |  |
|  | Czujnik umieszcza się na płatkach uszu u dorosłych, lub innych miejscach u dzieci/niemowląt | Tak |  |
|  | Waga główki czujnika maksymalnie 3g | Tak |  |
|  | Zakres temperatury czujnika zdolnego do pomiaru od 37 do 43.5 °C | Tak |  |
|  | Wbudowana pamięć na minimum 220 godzin pomiaru. | Tak |  |
|  | Waga maksymalnie 2,3 kg razem z gazem kalibrującym | Tak |  |
|  | Wbudowana bateria na minium 12 godzin ciągłej pracy | Tak |  |
|  | Menu aparatu w języku polskim | Tak |  |
|  | Alarmy wizualne i akustyczne | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru tcPC02 minimum 0-200 mmHg | Tak |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru tcPC02 minimum 0.1 mmHg poniżej 100 mmHg i 1 mmHg powyżej 100 mmHg | Tak |  |
|  | Dryf maksymalny minimum poniżej 0.5% na godzinę | Tak |  |
|  | Czas odpowiedzi minimum poniżej 75 sekund | Tak |  |
|  | Pomiar pulsu minimum 30 - 250 bpm | Tak |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru pulsu minimum 1 bpm | Tak |  |
|  | Pomiar poziomu saturacji w zakresie minimum od 1 do 100% | Tak |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru saturacji maksymalnie 1% | Tak |  |
|  | Temperatura pracy od minimum 10 do 40 °C | 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 10 Zestaw do zabiegów szczękowo- twarzowych 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane[[12]](#footnote-12)** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **Zestaw do zabiegów szczękowo- twarzowych 1 kpl.** | | | |
|  | Jednostka sterująca - elektroniczna konsola zasilacza silników bezkomutatorowych z generatorem zmiennoczęstotliwościowym z dwoma gniazdami przyłączy silników, możliwość współpracy z silnikami szybkoobrotowymi, wolnoobrotowymi oraz silnikami do miniortopedii, ekranem dotykowym lcd 6,5 cala, menu piktograficznym, możliwością odczytu informacji serwisowych, ustawianiem parametrów granicznych i dynamicznych rozpoznawalnych automatycznie silników i pompą perystaltyczną do chłodzenia o wydajności co najmniej 80 ml/min szt. 1 | Tak |  |
|  | Sterownik nożny dwuprzyciskowy z włącznikiem pompy, z możliwością sterowania funkcjami konsoli szt. 1 | Tak |  |
|  | Kabel silnikowy do połączenia mikrosilnika z konsolą sterującą - kabel silnikowy z wyłącznikiem i z uniwersalnym, hermetycznym gniazdem do silnika szt. 1 | Tak |  |
|  | Mikrosilnik o mocy 150 W w obudowie tytanowej, niewymagający wymuszonego chłodzenia z hermetycznym gniazdem do podłączania uniwersalnego kabla silnikowego, prędkość obrotowa regulowana w zakresie 1000 do 30000 obr./min., sprzęgło silnika do uchwytów typu intra, silnik posiada program do obsługi pił szt. 1 | Tak |  |
|  | Mikrosilnik silnik szybkoobrotowy o mocy 115 W i prędkości obrotowej regulowanej od 10000-80000 obr/min, obudowa peek, masa poniżej 90 g (bez kabla), wymiary 76 x 18 mm szt. 1 | Tak |  |
|  | Nasadka piły posuwisto zwrotnej ze sprzęgłem typu INTRA, zakres pracy ostrza 20 000 1/min szt. 1 | Tak |  |
|  | Sieciowy przewód zasilający o długości 5 metrów szt. 1 | Tak |  |
|  | Kątnica średnia 70 mm - bez przekładni obrotów korpus stalowy umożliwiający mycie mechaniczne, współpracująca z frezami wielokrotnego i jednorazowego użytku szt. 2 | Tak |  |
|  | Brzeszczot wielorazowy do piły wzdłużnej typ MIKRO rozm .25/0,4/0,6MM szt. 6 | Tak |  |
|  | Brzeszczot wielorazowy do piły wzdłużnej typ MIKRO rozm. 27/0,25/0,35 MM szt. 6 | Tak |  |
|  | Frez rozetkowy do kątnic o dł roboczej 70 mm , do wyboru z katalogu wykonawcy śr od 1,0 do 6,0 mm, wielokrotnego użytku, możliwość mycia, dezynfekcji i sterylizacji szt. 6 | Tak |  |
|  | Frez diamentowy do kątnic o dł roboczej 70 mm do wyboru z katalogu wykonawcy śr od 1,0 do 6,0 mm, wielokrotnego użytku, możliwość mycia, dezynfekcji i sterylizacji szt. 6 | Tak |  |
|  | Frez Lindemann dla kątnic od dł roboczej 70 mm. , do wyboru z katalogu wykonawcy szt. 2 | Tak |  |
|  | Dreny do irygacji płynów , jednorazowy szt. 1 | Tak |  |
|  | Kosz z uchwytami do mycia dezynfekcji i sterylizacji szt. 1 | 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 11 Łóżka szpitalne – 6 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| 1. | Konstrukcja ramy leża ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych | TAK |  |
| 2. | Leże 4-sekcyjne wypełnione w oparciu pleców płytą HPL przezierną dla promieni RTG z uchwytem na kasetę RTG umieszczonym od spodu oparcia pleców, a w pozostałych segmentach wypełnione odejmowanymi panelami z tworzywa ABS | TAK |  |
| 3. | Panel centralny wyposażony w: przycisk świadomej aktywacji, przycisk bezpieczeństwa „STOP”, przyciski do regulacji segmentami leża, wysokości leża, pozycji Trendelenburga, anty-Trendelenburga, pozycja anty-szokowa, CPR, pozycja do badań, krzesło kardiologiczne, autokontur. Możliwość blokady poszczególnych funkcji w panelach w barierkach bocznych. Wyłączanie funkcji elektrycznych łóżka po 180 sekundach od ostatniego ruchu łóżkiem | TAK |  |
| 4. | Regulacja elektrycznymi funkcjami łóżka za pomocą dwustronnych paneli wbudowanych w barierki od strony głowy pacjenta od strony wewnętrznej i od strony zewnętrznej. Funkcje elektryczne łóżka uzyskiwane z paneli wbudowanych w barierki: regulacja wysokości leża, regulacja oparcia pleców i ud, funkcja autokontur, przycisk aktywujący | TAK |  |
| 5. | Przechyły wzdłużne | TAK |  |
| 6. | Długość całkowita 2240 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |
| 7. | Szerokość całkowita wraz z krążkami odbojowymi i barierkami bocznymi 1020 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |
| 8. | Wymiary leża 2000 x 830 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |
| 9. | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie: najniższe położenie nie wyższe niż 400 mm, a najwyższe położenie nie niższe niż 800 mm uzyskiwane za pomocą panelu centralnego, paneli nożnych i paneli w barierkach bocznych | TAK |  |
| 10. | Elektryczna regulacja części plecowej w zakresie min. 0-70° za pomocą panelu centralnego i paneli w barierkach | TAK |  |
| 11. | Elektryczna regulacja części udowej w zakresie min. 0-45° za pomocą panelu centralnego i paneli w barierkach | TAK |  |
| 12. | Regulacja części łydkowej w zakresie min. 0-22° za pomocą systemu zapadkowego | TAK |  |
| 13. | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga min. 16° za pomocą panelu centralnego | TAK |  |
| 14. | Elektryczna regulacja pozycji Anty-Trendelenburga min. 16° za pomocą panelu centralnego | TAK |  |
| 15. | Wbudowane akumulatory zapewniające pracę łóżka przez min. 100 cykli | TAK |  |
| 16. | Funkcja autoregresji części plecowej min. 140 mm i części udowej min. 70 mm | TAK |  |
| 17. | Możliwość szybkiego wypoziomowania części plecowej – CPR uzyskiwany za pomocą specjalnie oznaczonej dźwigni umieszczonej pod leżem | TAK |  |
| 18. | Koła z tworzywa, antystatyczne o średnicy min. 150 mm z systemem centralnej blokady, z min. 2 niezależnymi dźwigniami, z funkcją jazdy kierunkowej | TAK |  |
| 19. | Krążki odbojowe w każdym rogu łóżka | TAK |  |
| 20. | Otwory do zamocowania dodatkowego wyposażenia w 4 rogach łóżka | TAK |  |
| 21. | Estetyczne przykrycie podwozia z tworzywa | TAK |  |
| 22. | Wysuwana na prowadnicach suwnych i rozkładana półka na pościel |  |  |
| 23. | Przedłużenie leża o min. 200 mm od strony nóg pacjenta | TAK |  |
| 24. | Ciężar łóżka bez akcesoriów max. 160 kg | TAK |  |
| 25. | Bezpieczne obciążenie łóżka min. 250 kg | TAK |  |
| 26. | Szczyty wykonane z tworzywa z kolorowymi wklejkami. Szczyty łóżka szybko wyjmowane | TAK |  |
| 27. | Szczyt od strony głowy pacjenta poruszający się wraz z leżem | TAK |  |
| 28. | Barierki boczne wykonane z tworzywa z kolorowymi wklejkami, podwójne, składane wzdłuż ramy leża, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża – od szczytu do szczytu, sterowanie funkcjami elektrycznymi łóżka wbudowane w barierki, dostępne dla pacjenta od strony wewnętrznej i dla personelu szpitalnego od strony zewnętrznej | TAK |  |
| 29. | Ukształtowanie leża i barierek bocznych umożliwiające swobodne umieszczenie materaca przeciwodleżynowego, zmiennociśnieniowego o standardowych wymiarach | TAK |  |
| 30. | Eurolistwy ze stali nierdzewnej o długości min. 500 mm każda po obu stronach łóżka | TAK |  |
| 31. | Materac szpitalny min. 3 warstwowy - środek z pianki RE, warstwy zewnętrzne z pianki PUR min. T-38. Materac posiadający min. 5 stref anatomicznych.  Materac o gr. min. 12 cm w pokrowcu z tkaniny nieprzemakalnej, paro przepuszczalnej z możliwością prania w temperaturze min. 95 stopni. Materac do każdego łóżka. | TAK |  |
| 32. | Materac o konstrukcji rurowej z pompą. Wymiary po napompowaniu 190 x 90 x 12 (+/- 50 mm), wymienne komory z PU, układ mikrootworów air-system, zawór CPR, materac dwusekcyjny, wymiary po napompowaniu dopasowane do wielkości leża łóżka, skuteczność medyczna wg masy pacjenta ≤ 130 kg (+/- 5 kg), wytrzymałość mechaniczna ≤ 170 kg (+/- 5 kg), przewody do połączenia z pompą o średnicy min. 6,5 mm, minimum 18 wymiennych komór poprzecznych (w tym 2 komory główne), szybkozłączka transportowa, wyporność, objętość minimum ≤ 140 litrów, Pokrowiec w formie prześcieradła zapinany na napy, materac z każdej strony i zapinanej zamkiem błyskawicznym tzw. kompakt, zapinany na zamek błyskawiczny, wyłogi stabilizujące, tryb pracy ciągły (zmienny lub statyczny). Pompa: manualny panel sterujący, płynny zakres utrzymywanego w materacu ciśnienia 20 - 60 mmHg kg (+/- 5 %), wydajność 10 l/min., czas cyklu 12 min, lampka kontrolna prawidłowego ciśnienia, lampka kontrolna nieprawidłowego ciśnienia - alarm wizualny, funkcja trybu statycznego, pielęgnacyjnego, zewnętrzny, kapsułowy, przeciwtłuszczowy filtr powietrza, gniazdo szybkozłączki do podłączenia przewodów powietrza, zaczepy do zawieszenia pompy na łóżku, podświetlany włącznik.Materac z pompą do każdego łóżka. | TAK |  |
| Wyposażenie dodatkowe szafki przył | | | |
| 33. | Wymiary:  Szerokość - 510 mm (+/- 10 mm)  Głębokość - 460 mm (+/- 10 mm)  Wysokość - 920 mm (+/- 10 mm) | TAK |  |
| 34. | Konstrukcja wykonana z blach i kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 35. | Powłoki lakiernicze całej szafki odporne na uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 36. | Skrzynka szafki wyposażona w półkę oraz miejsce na min. 3 butelki 1,5 l | TAK |  |
| 37. | Blaty szafki (główny i dodatkowy) z tworzywa ABS z wystającymi, zaokrąglonymi krawędziami ułatwiającymi utrzymanie przedmiotów | TAK |  |
| 38. | Szuflada dwustronnie wysuwana, wyposażona w uchwyt i w ogranicznik zapobiegający wypadnięciu z szafki. Szafka dwustronnie otwierana z zatrzaskami magnetycznymi | TAK |  |
| 39. | Szafka ma posiadać podwójne koła jezdne o Ø 65 mm w tym co najmniej dwa z blokadą | TAK |  |
| 40. | Półka na obuwie w dolnej części szafki | TAK |  |
| 41. | Dodatkowy blat boczny z możliwością chowania do boku szafki i płynną regulacją wysokości w zakresie 800 – 1100 mm (+/- 10 mm) wspomaganej sprężyną gazową. Możliwość nachylenia blatu bocznego w min. 3 pozycjach, blat boczny o wymiarach 660 x 430 mm (+/- 10 mm) | TAK |  |
| 42. | Wkładka z tworzywa ABS z przegrodą do szuflady | TAK |  |
| 43. | Czoła szuflady i szafki lakierowane proszkowo z możliwością wyboru koloru | 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 prawny

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

**UMOWA nr ......./41/Med./ 2015**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **………………2015 r**. we Wrocławiu pomiędzy:

**Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej,** z siedzibą **50-981 Wrocław, ul. Weigla 5, Regon** 930090240, **NIP** PL899-22-28-956, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478, reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. Wojciecha TAŃSKIEGO**

zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

**........................**, z siedzibą **....................**, **Regon** ……………., **NIP**………………

reprezentowanym przez:………………………………

zwanym dalej **WYKONAWCĄ.**

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 907 z późn. zm.) - dalej ustawa Prawo zamówień publicznych, o wartości poniżej 134 000 EURO w związku z art. 6a PZP. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

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

**Pakiet 1 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 2 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 3 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 4 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 5 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 6 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 7 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 8 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 9 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 10 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

**Pakiet 11 typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

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

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony, zamontowany i odebrany przedmiot umowy zapłaci Wykonawcy cenę obliczona zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: **…………………… zł** (słownie złotych: ………………/100).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **………………… zł** (słownie złotych: ……………/100).
4. Cena, o której mowa w ust. 3, obejmuje koszt przedmiotu umowy oraz wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia w tym w szczególności koszty przewozu, montażu w siedzibie Zamawiającego (jeżeli jest konieczny),koszt 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 przedmiot umowy nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury. Podstawą do wystawienia faktury będzie protokół instalacji i przekazania/protokół zdawczo – odbiorczy, który zostanie podpisany po montażu (jeżeli jest konieczny) i uruchomieniu sprzętu, oklejeniu sprzętu naklejką informacyjną o dacie planowanego pierwszego przeglądu okresowego oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
2. Strony ustalają, że płatność za fakturę nastąpi w terminie:
3. 7 dni od dnia wpływu na konto Zamawiającego środków przekazanych przez - Departament Budżetowy Ministerstwa Obrony Narodowej[[13]](#footnote-13);
4. … dni (60 dni) od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego[[14]](#footnote-14)

przelewem na konto wskazane na fakturze.

1. Od należności nieuiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może naliczać odsetki za zwłokę w wysokości określonej na podstawie art. 56 §1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. – Ordynacja podatkowa (tj. Dz. U z 2012r. poz. 749 z późn. zm.).
2. 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 (czterech) tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Agnieszką Mikulską, p. Bartoszem Lisowskim lub p. Sylwią Komorek tel. 261 660 468 lub 261 660 462. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru przedmiotu umowy w imieniu Zamawiającego są:
2. p. Agnieszka Mikulska;
3. p. Bartosz Lisowski;
4. p. Sylwia Komorek

wraz z

1. Kierownikiem/Ordynatorem właściwego Oddziału.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeżeli Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi, w szczególności w przypadku opóźnienia w dostawie sprzętu o 7 dni. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeśli Wykonawca nie dostarczy urządzenia zastępczego, o którym mowa w § 5 ust. 9.
3. Wraz z przekazaniem sprzętu Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem, w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 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) oraz 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.)).
4. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia sprzętu przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia ich do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
5. Wykonawca realizuje przedmiot zamówienia własnymi siłami oraz przy pomocy podwykonawców wskazanych w ofercie. Jeżeli Wykonawca zleci wykonanie niektórych czynności innym podmiotom to ponosi on pełną odpowiedzialność za działania innych dostawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
6. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 2 godzin**,niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osoba upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Agnieszka Mikulska, p. Bartosz Lisowski, p. Sylwia Komorek tel. 261 660 468 lub 261 660 462. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w późniejszym terminie jeżeli wystąpi taka konieczność w wymiarze max. 10 godzinw siedzibie Zamawiającego.
7. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić szkolenie dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego w zakresie:
8. obsługi technicznej aparatu;
9. technicznego przeglądu bezpieczeństwa;
10. procedur kalibracyjnych, testowych, pomiarowych;
11. procedur okresowych czynności konserwacyjnych.

Szkolenie personelu technicznego – min 4 osoby, w terminie ustalonym przez Zamawiającego. Szkolenia mogą odbywać się sukcesywnie - jednak nie później niż do 12 miesięcy od daty zawarcia umowy. Szkolenie musi być zakończone certyfikatem potwierdzającym uzyskanie dostępu do powyższych procedur. Zamawiający wymaga wyposażenia pracowników w kody dostępu, w tym dające dostęp do menu serwisowego, instrukcje serwisowe (z kodami błędów i wykazem części zamiennych i elementów serwisowych) itp. do powyższych procedur.

**§ 5**

**Odpowiedzialność za wady przedmiotu umowy**

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 (w umowie ostatecznej zostanie wpisany termin gwarancji zaoferowany w ofercie t.j.: 24 miesiące lub 36 miesięcy lub 48 miesięcy lub 60 miesięcy**)** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu instalacji i przekazania/protokołu zdawczo – odbiorczego sporządzonego po zainstalowaniu (jeżeli jest konieczne) 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 (lub częściej, jeżeli takie są zalecenia 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 kopii raportu serwisowego u użytkownika oraz przesłania jego skanu na adres e-mail **ssm@4wsk.pl**. Certyfikat potwierdzający sprawność urządzenia winien być przesłany na adres szpitala z dopiskiem „Sekcja Sprzętu Medycznego”.
5. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić naprawy w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta urządzenia.
6. Jeżeli w przypadku ujawnienia się wady w okresie gwarancji Wykonawca dostarczy Zamawiającemu zamiast rzeczy wadliwej rzecz wolną od wad albo dokona istotnych (wartość naprawy przekracza 40% wartości rzeczy) napraw rzeczy objętej gwarancją, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia rzeczy wolnej od wad lub zwrócenia rzeczy naprawionej. W innych wypadkach termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w ciągu którego wskutek wady rzeczy objętej gwarancją Zamawiający nie mógł z niej korzystać.
7. Wybór sposobu usunięcia wady należy do Wykonawcy, który może naprawić rzecz poprzez naprawę lub wymianę uszkodzonej części rzeczy lub wymienić całą rzecz. Termin usunięcia wady strony ustalają na max. **5 dni** licząc od daty powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego o wadzie, zgodnie z zapisami ust. 11. Naprawa lub wymiana uszkodzonej części urządzenia w okresie gwarancji następuje w całości na koszt Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest również w ramach gwarancji do odbioru urządzenia z siedziby Zamawiającego, jeżeli wada powinna być usunięta w innym miejscu, niż siedziba Zamawiającego.
8. W wypadku **3 (trzech) 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:
11. p. Agnieszka Mikulska tel. 261 660 462
12. p. Bartosz Lisowski tel. 261 660 468
13. p. Sylwia Komorek tel 261 660 468.
14. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzone fax-em na nr **…………………….**.
15. Adresy punktów serwisowych:
16. **……………………………………………**, tel. **……………………….;**
17. **……………………………………………**, tel. **……………………….**
18. 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.
19. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014r. poz. 121 z późn. zm.) – dalej Kodeks cywilny. Warunki gwarancji przekazane wraz ze sprzętem będącym przedmiotem umowy winny zawierać co na najmniej zapisy niniejszego §.
20. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577   
    i następne Kodeksu Cywilnego.
21. Do odpowiedzialności wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej gwarancji stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
22. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej.
23. Korzystanie przez Zamawiającego z uprawnień gwarancyjnych nie wyłącza prawa Zamawiającego do korzystania z uprawnień gwarancyjnych względem Wykonawcy w terminie gwarancji udzielonej przez producenta urządzenia jeżeli jest ona dłuższa.
24. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych, 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 realizacji umowy określonego w § 4 ust. 1 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego;
3. w wysokości 0,15 % ceny brutto pakietu w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii) w okresie gwarancji lub rękojmi, za każdy dzień opóźnienia;
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto pakietu, w przypadku nie dostarczenia sprzętu zastępczego zgodnie z § 5 ust. 9, za każdy dzień opóźnienia;
5. w wysokości 0,5 % ceny brutto pakietu w przypadku niewykonania 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 którego realizacji odstąpiono w całości lub w części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
7. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 7**

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Wykonawca nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 Kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Art. 54 ust. 5, 6 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618) 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 Prawo zamówień publicznych, ustawy 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 41/Med./2015, 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

**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 naszej firmy z postępowania w trybie art. 24 i art. 24b ust. 3 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[[15]](#footnote-15) 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)

**Załącznik nr 6**

**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 | Numer  seryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :

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

1. …………………… w godz. ……………  
   …………………… w godz. ……………
2. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:

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

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

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

**Wykonawca: Zamawiający:**

**…………………………..**

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

**……………………………**

up. Pracownik Oddziału

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 41/Med./2015, 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

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. wypełnić w przypadku udziału podwykonawców [↑](#footnote-ref-2)
3. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-3)
4. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-4)
5. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-5)
6. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-6)
7. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-7)
8. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-8)
9. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-9)
10. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-10)
11. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-11)
12. odpowiedź NIE spowoduje odrzucenie oferty [↑](#footnote-ref-12)
13. dotyczy pakietów 1-10 [↑](#footnote-ref-13)
14. dotyczy pakietu 11 [↑](#footnote-ref-14)
15. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-15)