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

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 49/Med./2016**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ ELEKTROD, ADAPTERÓW Y, ZESTAWÓW PTCA, STYMULATORÓW, DEFIBRYLATORÓW – KARDIOWERTERÓW WRAZ Z NAJMEM PROGRAMATORÓW**

**I GENERATORÓW ORAZ SYSTEMU ELEKTROANATOMICZNEGO 3D NA POTRZEBY PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2164), zwanej dalej również PZP, przepisów wykonawczych do PZP oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO POWYŻEJ 135 000 EURO**

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

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

nieposiadająca osobowości prawnej oraz podmioty te występujące wspólnie.

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

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 zastosowanie mają przepisy Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE oraz PZP i aktów wykonawczych do PZP. W przypadku kolizji przepisów pierwszeństwo mają przepisy Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE.

**ROZDZIAŁ I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Zamówienie obejmuje **dostawę elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii**
2. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert równoważnych (oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wszelkie wymagania Zamawiającego o wszystkich parametrach nie gorszych niż te określone w SIWZ, tzn. takich, które gwarantują zachowanie tych samych norm, parametrów i standardów), jeżeli z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że przedmiot zamówienia określony został poprzez wskazanie znaku towarowego, pochodzenia lub patentu oraz w zakresie wskazanym w art. 30 ust. 1-3 Pzp.

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

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
2. **Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych na całe poszczególne Pakiety 1-16.**
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 i Załączniku nr 2 i 2 a do 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 potwierdzone za zgodność z oryginałem.
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 z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (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: 49/Med./2016

„Oferta na dostawę elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii ”

nie otwierać przed dniem**…………...2016r.** 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. 24 b ust. 3 Pzp oraz na podstawie art. 57 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE.**
2. **Spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w art. 22 ust 1 Pzp:**

Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Za spełnienie wymogu Zamawiający uzna posiadanie przez wykonawcę **ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę min. 3 215 400** **zł** (słownie: trzy miliony dwieście piętnaście tysięcy czterysta złotych, 00/100)**.** Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia. na poszczególne części w wysokości (zł):

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet** | **Kwota min.( zł)** |
| **1** | **690 000,00** |
| **2** | **84 000,00** |
| **3** | **800 000,00** |
| **4** | **37 500,00** |
| **5** | **136 900,00** |
| **6** | **239 500,00** |
| **7** | **240 500,00** |
| **8** | **11 900,00** |
| **9** | **20 100,00** |
| **10** | **210 000,00** |
| **11** | **108 000,00** |
| **12** | **132 000,00** |
| **13** | **7 000,00** |
| **14** | **65 500,00** |
| **15** | **1 000,00** |
| **16** | **431 500,00** |

Wykonawcy składający ofertę na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów, w których chcą uczestniczyć, np. Wykonawca składający ofertę na Pakiet 1   
i 2 powinien wykazać się posiadaniem środków finansowych lub zdolności kredytowej  
w wysokości min. **774 000,00 zł (690 000,00 zł** + **84 000,00 zł**).

1. **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 **oraz art. 57 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE**.

1. **Dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia:**
   1. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**,** sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SIWZ – należy dołączyć do oferty;
   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 – należy dostarczyć po wyborze najkorzystniejszej oferty na wezwanie Zamawiającego, w terminie 3 dni od daty wezwania (dotyczy Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą);
   3. aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert – należy dostarczyć po wyborze najkorzystniejszej oferty na wezwanie Zamawiającego, w terminie 3 dni od daty wezwania (dotyczy Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą);
   4. aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert – należy dostarczyć po wyborze najkorzystniejszej oferty na wezwanie Zamawiającego, w terminie 3 dni od daty wezwania (dotyczy Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą);
   5. aktualne informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 –11 Pzp oraz **art. 57 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE** wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert – należy dostarczyć po wyborze najkorzystniejszej oferty na wezwanie Zamawiającego, w terminie 3 dni od daty wezwania (dotyczy Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą);
   6. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 Pzp, albo informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ – należy dołączyć do oferty.
2. **Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu:**
3. oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 Pzp, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SIWZ - należy dołączyć do oferty;
4. opłacona polisa, a w przypadku jej braku inny dokument potwierdzający, że Wykonawca jest ubezpieczony od  odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia (spełnienie warunku określonego Rozdział III pkt 2 ppkt 1 SIWZ) – należy dostarczyć po wyborze najkorzystniejszej oferty na wezwanie Zamawiającego, w terminie 3 dni od daty wezwania (dotyczy Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą);
5. **Wykonawca, w zakresie i w terminie wskazanym przez Zamawiającego**, zobowiązany jest wykazać, 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 i art. 24 b ust. 3Pzp **oraz na podstawie art. 57 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE**.
6. Wykonawca może polegać na **zdolnościach finansowych lub ekonomicznych**innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował tymi zasobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia. Zamawiający zweryfikuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw do wykluczenia podmiotu, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów.
7. Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z ppkt. 4, odpowiada solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.
8. **Jeżeli z uzasadnionej przyczyny Wykonawca** nie może przedstawić dokumentów, dotyczących sytuacji finansowej i ekonomicznej wymaganych przez Zamawiającego, może przedstawić inny dokument, który w wystarczający sposób potwierdza spełnianie opisanego przez Zamawiającego warunku (art. 26 ust. 2c Pzp).
9. **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:
10. wymagane oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
11. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 2 i Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie.
12. **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 lit. a, f SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 lit. b-e SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
13. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.;
14. nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
15. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
16. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 – 8, 10 i 11 Pzp - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

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

**2. DOKUMENTÓW PRZEDMIOTOWYCH:**

1. Dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia ( należy dołączyć do oferty ), potwierdzający spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, kart charakterystyki itp. w języku polskim) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie **należy w Załączniku nr 2a do SIWZ podać numer strony** materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć (np. zakreślaczem) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.
2. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 876), **Zamawiający żąda** **oświadczenia Wykonawcy (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do SIWZ )**, że będzie posiadał aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt (w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy), oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu).

Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca w trakcie realizacji umowy ma obowiązek udostępnić wyżej wymienione dokumenty dopuszczające do obrotu na każdy oferowany produktu w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem rozwiązania umowy.

W przypadku Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Rejestru Wyrobów Medycznych Wykonawca zobowiązany jest, aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu lub w przypadku nadania dokumentacji przesyłką listową lub kurierską – takie potwierdzenie stanowi dowód nadania.

Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca ma obowiązek udostępnić wymagane dokumenty   
**w terminie 3 dni** od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem odstąpienia od umowy.

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

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

1. **POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**
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 wykazania umocowania do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy.
3. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych ppkt 1.
4. Zaleca się dołączyć do oferty zaakceptowany wzór umowy.

**ROZDZIAŁ V. USZCZEGÓŁOWIENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Określenie** **przedmiotu** **zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii,** które zostały szczegółowo opisane **w Załączniku nr 2 i 2 a** do niniejszej SIWZ

**Kod CPV: 33182100-0; 33158210-7; 33182240-3; 33190000-8; 33158200-4; 33140000-3, PA01-7**

**ROZDZIAŁ VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **12 miesięcy** **od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

Apteka Szpitalna

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław

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

1. **Obowiązek wpłaty wadium**

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

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

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

Przystępując do przetargu na całość przedmiotu zamówienia wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **106 140,00** **zł** (słownie: sto sześć tysięcy sto czterdzieści złotych, 00/100) - dotyczy całości przedmiotu zamówienia. na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet** | **Wadium ( zł )** |
| **1** | **26 000,00** |
| **2** | **3 200,00** |
| **3** | **30 000,00** |
| **4** | **1 400,00** |
| **5** | **5 100,00** |
| **6** | **8 900,00** |
| **7** | **9 000,00** |
| **8** | **450,00** |
| **9** | **750,00** |
| **10** | **7 900,00** |
| **11** | **4 100,00** |
| **12** | **4 900,00** |
| **13** | **300,00** |
| **14** | **2 500,00** |
| **15** | **40,00** |
| **16** | **1 600,00** |

Wykonawcy składający ofertą na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów w których chcą uczestniczyć, np. pakiet 1 i 2 powinien wnieść wadium w wysokości: 29 200,00 zł ( 26 000,00zł + 3200,00zł) – dotyczy formy przelewu na rachunek Zamawiającego.

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **06.07.2016r.** godz. **10:00**

1. **Forma wpłaty wadium.**

Wadium może być wnoszone w następujących formach:

1. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
2. gwarancjach bankowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie),
3. gwarancjach ubezpieczeniowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)
4. lub poręczeniach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy PZP (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
5. przelewem na rachunek Zamawiającego - środki finansowe powinny wpłynąć na konto Zamawiającego do **06.07.2016r.** 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* elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii *,”****,* ***znak sprawy: 49/Med./2016”***

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

1. W przypadku składania przez Wykonawcę wadium w formie gwarancji, gwarancja musi być gwarancją nieodwołalną, bezwarunkową i płatną w ciągu max. **30 dni** na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego, musi być wykonalna na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sporządzona zgodnie z obowiązującym prawem i winna zawierać następujące elementy:
2. nazwę dającego zlecenie (Wykonawcy) beneficjenta gwarancji (Zamawiającego), gwaranta (banku lub instytucji ubezpieczeniowej udzielających gwarancji) oraz wskazanie ich siedzib;
3. określenie wierzytelności, która ma być zabezpieczona gwarancją;
4. kwotę gwarancji;
5. termin ważności gwarancji;
6. zobowiązanie gwaranta (banku lub zakładu ubezpieczeń) do zapłaty całkowitej kwoty wadium nieodwołalnie lub bezwarunkowo, na pierwsze żądanie Zamawiającego (beneficjenta gwarancji).
7. Do oferty należy dołączyć oryginał dowodu wpłaty wadium (przelew) lub wygenerowane elektroniczne potwierdzenie wykonania przelewu (dokument sporządzony na podstawie art. 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 128) – nie wymagający podpisu ani stempla).
8. 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:**

**Pakiet nr 1, 2, 3, 7, 10, 11, 12,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA KRYTERIUM** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena towaru** | **69 %** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Cena najmu programatorów** | **1%** | **minimalizacja** |
| **3** | **Ocena techniczna** | **30%** | **indywidualnie** |
| **OGÓŁEM** | | **100%** |  |

**Pakiet nr 4, 5, 6, 8, 13, 14**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA KRYTERIUM** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena towaru** | **70 %** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Ocena techniczna** | **30%** | **indywidualnie** |
| **OGÓŁEM** | | **100%** |  |

**Pakiet nr 9, 16**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA KRYTERIUM** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena towaru** | **97 %** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Cena najmu generatora/ systemu do elektroanatomicznego mapowania serca** | **1%** | **minimalizacja** |
| **3.** | **Termin dostawy towaru** | **2%** | **minimalizacja** |
| **OGÓŁEM** | | **100%** |  |

**Pakiet nr 15**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA KRYTERIUM** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena towaru** | **98 %** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Termin dostawy towaru** | **2%** | **minimalizacja** |
| **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 dla każdego pakietu
3. O wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje największa ilość punktów uzyskanych przez Wykonawcę, stanowiąca sumę punktów za ww. kryteria.
4. **Punkty za oferowaną cenę towaru**  (cena brutto towaru) wyliczamy wg wzoru:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

1. **Punkty za oferowaną cenę najmu**  (cena brutto najmu programatorów, generatora/ systemu do elektroanatomicznego mapowania serca) wyliczamy wg wzoru:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

1. **Punkty za termin dostawy** członkowie Komisji przetargowej przyznają punkty zgodnie z opisem poniżej: **Termin dostawy min. 1 dzień max. 3 dni**

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Tmin - minimalny termin dostawy w zbiorze ofert

Tn - termin dostawy w danej ofercie

1. **Punktacja za ocenę techniczną:** członkowie Komisji przetargowej przyznają punkty wg punktacji określonej w załączniku nr 2a do SIWZ. Punkty za ocenę techniczną członkowie Komisji przetargowej przyznają Wykonawcy osobno. Liczba punktów podana przez poszczególnych członków komisji będzie sumowana i dzielona przez ilość członków komisji – punkty w ten sposób wyliczone będą porównywane zgodnie ze wzorem.

Punkty za **ocenę techniczną** wyliczamy wg wzoru:

· 100pkt

W – waga kryterium

Tn – suma punktów przyznanych w pakiecie danej oferty przez członka komisji w ramach kryterium oceny technicznej .

Tmax – maksymalna suma punktów przyznanych w ramach kryterium oceny technicznej w zbiorze ofert

1. Ocena końcowa oferty: Jest to suma punktów uzyskanych za powyżej wymienione kryteria w poszczególnych pakietach
2. **Zasady wyboru oferty i udzielenia zamówienia**

Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta:

* odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w PZP,
* jest zgodna z treścią SIWZ,
* została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane 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 obowiązywania 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. W przypadku zmiany stawki VAT, zmianie ulegnie kwota podatku VAT, zmianie ulegnie kwota podatku VAT i cena (wartość) brutto umowy, a cena (wartość) netto pozostanie niezmienna. Zamawiający będzie realizował zamówienie tylko do wysokości brutto umowy.
3. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji przez okres 12 miesięcy.
4. Zamawiający dopuszcza w formie aneksu wydłużenie terminu obowiązywania umowy nie więcej jednak niż o 36 miesięcy od daty jej zakończenia, przy czym wynagrodzenie Wykonawcy, o którym mowa w: Załączniku nr 3a - § 5 ust. 4 i Załączniku nr 3b - § 4 ust. 3 wzoru umowy może podlegać waloryzacji w trakcie obowiązywania umowy w przypadku zmiany wysokości 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 2015r. poz. 2008) oraz w przypadku zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne pod warunkiem, że zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez wykonawcę. Waloryzacja nastąpi na pisemny wniosek Wykonawcy skierowany do Zamawiającego wraz z uzasadnieniem oraz szczegółowym wyliczeniem wpływu zmiany na ponoszone przez Wykonawcę koszty wykonania zamówienia. Waloryzacja wynagrodzenia może nastąpić po upływie 60 dni od dnia obowiązywania zmian. W przypadku sporu o zasadność wprowadzenia waloryzacji może zostać wprowadzona waloryzacja sądowa w myśl art. 357 k.c.
5. Zamawiający dopuszcza w formie aneksu zmianę umowy w przypadku zaniechania produkcji określonego gatunku lub wprowadzenia przedmiotu umowy nowej generacji. Dostarczony zamiennik/równoważnik musi spełniać co najmniej wszystkie wymagania SIWZ lub je przewyższać. Przesłanką niezbędną do takiego działania Zamawiającego jest również brak wzrostu wartości netto danego przedmiotu zamówienia w porównaniu z wartością przedstawioną w umowie. Ilości zamawianego w ten sposób towaru muszą być tożsame z ilościami wynikającymi z umowy.
6. 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).
7. 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.
2. W celu wyłonienia najkorzystniejszej oferty w świetle kryterium ceny, Zamawiający do porównania ofert będzie brał pod uwagę cenę brutto.
3. Wymagane jest by cena podana w ofercie obejmowała koszty dostawy do Zamawiającego   
    i wszelkie inne koszty związane z przedmiotem zamówienia, w tym:
4. koszty transportu krajowego i zagranicznego,
5. koszty ubezpieczenia towaru w kraju i za granicą,
6. opłat celnych i granicznych.
7. Waluta ceny oferowanej PLN.

**Błąd w obliczeniu ceny spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 2 Pzp. 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 Pzp.**

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.*

*W przypadku, gdy cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższa kwotę, którą zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, do ceny najkorzystniejszej oferty lub oferty z najniższą ceną dolicza się podatek od towarów i usług, który zamawiający miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.*

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

* + - 1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w Rozdziale I niniejszej SIWZ oraz opatrzonych wyraźną uwagą „**NIE OTWIERAĆ W KANCELARII”** należy złożyć do dnia **06.07.2016r.** do godz. **10:00** w **4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ Wrocław, ul. Weigla 5 – budynek Wydziału Administracji Ogólnej p. 18 - Kancelaria.**
      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.

**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:

1. **Marta Witwicka – Kuriata** tel. 261 660 878 **–** Apteka Szpitalna **,** w sprawach przedmiotu zamówienia;
2. **Agnieszka Stanisławska** tel. 261 660 604 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych;
3. **Fax: 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. Wykonawca zobowiązany jest do naniesienia dokonanych zmian w treści oferty.

W razie zaoferowania przedmiotu zamówienia innego niż pierwotnie wyspecyfikowany a dopuszczonego przez Zamawiającego w wyniku wyjaśnień treści SIWZ czy w przypadku modyfikacji SIWZ należy zaznaczyć źródło tej zmiany (datę wyjaśnień lub modyfikacji i ewentualnie nr pytania).

**ROZDZIAŁ XIV. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

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

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

1. **Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Przetargowej, które odbędzie się w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, ul. Weigla 5 w Sali Odpraw (budynek Logistyki) w dniu 06.07.2016r. o godz. 11:00. Otwarcie ofert jest jawne**.
2. W trakcie otwarcia ofert zostaną ogłoszone co najmniej:
3. kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia,
4. nazwa i adres Wykonawcy, którego oferta jest otwierana,
5. cena oferty, termin wykonania zamówienia,
6. 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 2015r. poz. 2008);
5. pomocy publicznej udzielonej na podstawie odrębnych przepisów.
6. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny, spoczywa na Wykonawcy.
7. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 i art. 24b 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:
2. 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);
3. wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;
4. wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;
5. terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 Pzp, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.
6. 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 Jednolity Europejski Dokument Zamówienia- **załącznik nr 1**;
2. Zestawienie asortymentowo – cenowe oraz parametry wymagane/oceniane – **załącznik nr 2 i nr 2a;**
3. Wzór umowy – **załącznik nr 3** (zaleca się);
4. Oświadczenie o przynależności do grup kapitałowych – **załącznik nr 4**.
5. Wzór oświadczeń dot. przedmiotu zamówienia – **załącznik nr 5**

**Członkowie komisji przetargowej:**

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

zapoznałem się i akceptuję

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

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji – Joanna Bojarczuk …………………….………..

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji – Marta Witwicka - Kuriata …………………….………..

zapoznałam się i akceptuję

1. Członek Komisji – Agnieszka Mikulska …………………….………..

zapoznałam się i akceptuję

1. Sekretarz –Agnieszka Stanisławska ……………………………..

zapoznałam się i akceptuję

**Załącznik nr 1**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

**INFORMACJE NA TEMAT POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Tożsamość zamawiającego*** | ***Odpowiedź:*** |
| Nazwa: | 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia: | **Dostawa elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*): | **49/Med./2016** |

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: INFORMACJE NA TEMAT WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Identyfikacja:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Nazwa: | [] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | []  [] |
| Adres pocztowy: | […] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | […]  […]  […]  […] |
| ***Informacje ogólne:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem? | [] Tak [] Nie |
| Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest  zastrzeżone: czy wykonawca jest zakładem  pracy chronionej, „przedsiębiorstwem  społecznym” lub czy będzie realizował  zamówienie w ramach programów zatrudnienia  chronionego?  Jeżeli tak,  jaki jest odpowiedni odsetek pracowników  niepełnosprawnych lub defaworyzowanych?  Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do  której kategorii lub których kategorii  pracowników niepełnosprawnych lub  defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie  […]  […] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do  Urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie[] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak:**  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych**  **fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w**  **odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy:  b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie:  d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?  Jeżeli nie:  Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.  WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:  e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim?  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w  formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) […]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): […][…][…][…]  c) [……]  d) [] Tak [] Nie  e) [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):  […][…][…][…] |
| ***Rodzaj uczestnictwa:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o  udzielenie zamówienia wspólnie z innymi  wykonawcami? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**:  a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie  (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.):  b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców  biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia:  c) W stosownych przypadkach nazwa grupy  biorącej udział: | a): [……]  b): [……]  c): [……] |
| ***Części*** | ***Odpowiedź:*** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części  zamówienia, w odniesieniu do której (których)  wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: INFORMACJE NA TEMAT PRZEDSTAWICIELI WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile***  ***istnieją:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Imię i nazwisko, wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane: | […] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | […] |
| Adres pocztowy: | […] |
| Telefon: | […] |
| Adres e-mail: | […] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | […] |

**C: INFORMACJE NA TEMAT POLEGANIA NA ZDOLNOŚCI INNYCH PODMIOTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Zależność od innych podmiotów:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V? | [] Tak [] Nie |

**D: INFORMACJE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCÓW, NA KTÓRYCH ZDOLNOŚCI WYKONAWCA NIE POLEGA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Podwykonawstwo:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] Nie  Jeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców:  […] |

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: PODSTAWY ZWIĄZANE Z WYROKAMI SKAZUJĄCYMI ZA PRZESTĘPSTWO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  *Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……]* |
| **Jeżeli tak**, proszę podać:  a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(- ody) skazania;  b) wskazać, kto został skazany [ ];  **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio**  **ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]  b) [……]  c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  *Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[1]](#footnote-1)* |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[2]](#footnote-2) „samooczyszczenie”)? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[3]](#footnote-3) | […] |

**B: PODSTAWY ZWIĄZANE Z PŁATNOŚCIĄ PODATKÓW LUB SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:*** | ***Odpowiedź:*** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**,zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać:  a)państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy;  b)jakiej kwoty to dotyczy?  c)w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków:  1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:  – Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?  – Proszę podać datę wyroku lub decyzji.  – W przypadku wyroku, **o ile** **została w nim bezpośrednio określona**, długość okresuwykluczenia:  2)w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na**  **ubezpieczenia**  **społeczne** |
| a) [……]  b) [……]  c1) [] Tak [] Nie  –[] Tak [] Nie  –[…]  –[…]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie  **Jeżeli tak**, proszę  podać szczegółowe  informacje na ten  temat: [……] | a) [……]  b) [……]  c1) [] Tak [] Nie  –[] Tak [] Nie  –[…]  –[…]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie  **Jeżeli tak**, proszę  podać szczegółowe  informacje na ten  temat: [……] |
| *Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:* | *(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]* | |

**C: PODSTAWY ZWIĄZANE Z NIEWYPŁACALNOŚCIĄ, KONFLIKTEM INTERESÓW LUB WYKROCZENIAMI ZAWODOWYMI**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca, wedle własnej wiedzy, naruszył swoje obowiązki w dziedzinie prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)?  [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:  [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji:  a) zbankrutował; lub  b) prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne; lub  c) zawarł układ z wierzycielami; lub  d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych; lub  e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub  f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona?  Jeżeli tak:  –Proszę podać szczegółowe informacje:  –Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  –[……]  –[……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien poważnego wykroczenia zawodowego?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie  [……] |
| Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:  [……] |
| Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie  […] |
| Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki:  [……] |
| Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie  […] |
| Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą doradzał(-o) instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób zaangażowany(-e) w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie  […] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została rozwiązana przed czasem, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie  […] |
| Jeżeli tak, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że:  a)nie jest winny poważnego wprowadzenia w błąd przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji;  b) nie zataił tych informacji;  c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz  d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | [] Tak [] Nie |

**D: INNE PODSTAWY WYKLUCZENIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ PRZEWIDZIANE W PRZEPISACH KRAJOWYCH PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ LUB PODMIOTU ZAMAWIAJĄCEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy mają zastosowanie podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia?  Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  Jeżeli tak, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie  [……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

***W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:***

**: OGÓLNE OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSZYSTKICH KRYTERIÓW KWALIFIKACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów***  ***kwalifikacji*** | ***Odpowiedź*** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**A: KOMPETENCJE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencje** | **Odpowiedź** |
| 1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:  Czy konieczne jest posiadanie określonego zezwolenia lub bycie członkiem określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …]  []Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne  dokumentacji): [……][……][……] |

**B: SYTUACJA EKONOMICZNA I FINANSOWA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Sytuacja ekonomiczna i finansowa*** | ***Odpowiedź:*** |
| 1a) Jego („ogólny”) roczny obrót w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący:  lub  1b) Jego średni roczny obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta  rok: [……] obrót: [……] […] waluta  rok: [……] obrót: [……] […] waluta  (liczba lat, średni obrót): [……], [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[……][……][……] |
| 2a) Jego roczny („specyficzny”) obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:  lub  2b) Jego średni roczny obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta  rok: [……] obrót: [……] […] waluta  rok: [……] obrót: [……] […] waluta  (liczba lat, średni obrót): [……], [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| 3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę: | [……] |
| 4) W odniesieniu do wskaźników finansowych określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e):  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y – oraz wartość):  [……], [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| 5) W ramach ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:  Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 6) W odniesieniu do innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że  Jeżeli odnośna dokumentacja, która mogła zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**C: ZDOLNOŚĆ TECHNICZNA I ZAWODOWA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Zdolność techniczna i zawodowa*** | ***Odpowiedź:*** |
| 1a) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na roboty budowlane:  W okresie odniesienia wykonawca wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]  Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| 1b) Jedynie w odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi  W okresie odniesienia wykonawca zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju: Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych: | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach  zamówienia): […]   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Opis | Kwoty | Daty | Odbiorcy | |  |  |  |  | |
| 2) Może skorzystać z usług następujących pracowników technicznych lub służb technicznych, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości:  W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót: | [……]  [……] |
| 3) Korzysta z następujących urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości, a jego zaplecze naukowo-badawcze jest następujące: | [……] |
| 4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy zarządzania łańcuchem dostaw i śledzenia łańcucha dostaw: | [……] |
| 5) W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu  Czy wykonawca zezwoli na przeprowadzenie kontroli**[[4]](#footnote-4)** swoich zdolności produkcyjnych lub zdolności technicznych, a w razie konieczności także dostępnych mu środków naukowych i badawczych, jak również środków kontroli jakości? | [] Tak [] Nie |
| 6) Następującym wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi legitymuje się:  a) sam usługodawca lub wykonawca:lub (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia):  b) jego kadra kierownicza: | a) [……]  b) [……] |
| 7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące środki zarządzania środowiskowego: | [……] |
| 8) Wielkość średniego rocznego zatrudnienia u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące | Rok, średnie roczne zatrudnienie:  [……], [……]  [……], [……]  [……], [……]  Rok, liczebność kadry kierowniczej:  [……], [……]  [……], [……]  [……], [……] |
| 9) Będzie dysponował następującymi narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi na potrzeby realizacji zamówienia: | [……] |
| 10) Wykonawca zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom następującą część (procentową) zamówienia: | [……] |
| 11) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy  Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności.  Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| 12) W odniesieniu do zamówień publicznych na dostawy  Czy wykonawca może przedstawić wymagane zaświadczenia sporządzone przez urzędowe instytuty lub agencje kontroli jakości o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?  Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |

**D: SYSTEMY ZAPEWNIANIA JAKOŚCI I NORMY ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego*** | ***Odpowiedź:*** |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych norm zapewniania jakości, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?  Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  [……] [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenia sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych systemów lub norm zarządzania środowiskowego?  Jeżeli nie, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemów lub norm zarządzania środowiskowego mogą zostać przedstawione:  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  [……] [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |

**Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów**

**Wykonawca oświadcza, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ograniczanie liczby kandydatów*** | ***Odpowiedź:*** |
| W następujący sposób spełnia obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów:  W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla każdego z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty:  Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej, proszę wskazać dla każdego z nich: | [….]  [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ,  dokładne dane referencyjne dokumentacji):  [……][……][……] |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

1. *instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim, lub*
2. *najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, numer referencyjny)]*

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis(-y): [……]

**Załącznik nr 2**

......................................................... ..........................,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 elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy 49/Med./2016**

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

* + - 1. Oświadczamy, że **oferujemy sprzedaż i dostawę elektrod, adapterów Y, zestawów PTCA, stymulatorów, defibrylatorów – kardiowerterów wraz z najmem programatorów i generatorów oraz systemu elektroanatomicznego 3 D na potrzeby Pracowni Elektrofizjologii** zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZoraz formularzem cenowym za:

***(\* Wskazane jest wypełnienie tylko tych pakietów, w których Wykonawca składa ofertę)***

**Pakiet nr ….…\***

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

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

**cena za najem** ……………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych) – *dotyczy Pakietów nr 1,2,3,7,9,10,11,12, 16*

**Termin dostawy towaru: *……. dni (min. 1 dzień, max. 3 dni*** *-**należy wpisać oferowany termin dostawy w dniach )* ***–*** zgodnie **z § 1 ust. 2** wzoru umowy

**Wykonawca zobowiązany jest wypełnić jedno z poniższych oświadczeń (A lub B)\*, które opisuje stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert:**

**A)\***

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

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE¹**

Wybór mojej/naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**lub**

**B)\* OŚWIADCZENIE ¹**

Wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,

* wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (nazwa, która znajdzie się później na fakturze): .............................................................................................................,
* wskazujemy wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku - wynosi ona: ......................................................................................................................................

Oświadczenie to nie zawiera stawki i kwoty podatku VAT jaki będzie musiał rozliczyć Zamawiający. Obie wartości ustali Zamawiający we własnym zakresie i rozliczy zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **60 dni;**
3. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (Załącznik Nr 3) z uwzględnieniem modyfikacji jego treści (jeżeli wystąpiły);
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
6. **Wadium w kwocie …...................... zł zostało wniesione w dniu …................ w formie ….............................................................................................................................................**
7. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.
8. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – CENOWE Załącznik nr 2**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **Pakiet 1 Zaawansowany kardiowerter-defibrylator jednojamowy /ICD-VR/ 35 J z elektrodą z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Zaawansowany kardiowerter-defibrylator jednojamowy 35 J (ICD-VR) | sztuka |  |  | **90** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **90** |  |  |  |
| **3** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **90** |  |  |  |
| **4** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 2 Zaawansowany kardiowerter – defibrylator dwujamowy / ICD-DR/ z kompletem elektrod z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Kardiowerter-defibrylator dwujamowy (ICD-DR) | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **3** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **4** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **20** |  |  |  |
| **5** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 3 Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter- defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter- defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ z możliwością automatycznej optymalizacji parametrów CRT oraz z zaawansowaną dyskryminacją załamka T | sztuka |  |  | **51** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **51** |  |  |  |
| **3** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **51** |  |  |  |
| **4** | Elektroda do zatoki wieńcowej | sztuka. |  |  | **51** |  |  |  |
| **5** | Zestaw do wprowadzania elektrody do zatoki wieńcowej | zestaw |  |  | **51** |  |  |  |
| **6** | Zestaw do kontrastowania zatoki wieńcowej | zestaw |  |  | **51** |  |  |  |
| **7** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **51** |  |  |  |
| **8** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 4 Zestaw do wprowadzania elektrody LV kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego /CRT-D/ do układu żylnego i CS CPV 33182240-3 – Części i akcesoria do rozruszników serca** | | | | | | | | |
| **1.** | Zestaw do wprowadzania elektrody LV kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego (CRT-D) do układu żylnego i CS | zestaw |  |  | **58** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 5 Stymulator jednojamowy CPV 33158210-7 – Stymulatory** | | | | | | | | |
| **1** | Stymulator jednojamowy SSIR | sztuka |  |  | **159** |  |  |  |
| **2** | Elektroda komorowa | sztuka |  |  | **159** |  |  |  |
| **3** | Zestaw wprowadzający elektrodę do układu żylnego | zestaw |  |  | **159** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 6 Stymulator dwujamowy DDDR-podstawowy CPV 33158210-7 – Stymulatory** | | | | | | | | |
| **1** | Stymulator dwujamowy DDDR | sztuka |  |  | **223** |  |  |  |
| **2** | Elektroda przedsionkowa | sztuka |  |  | **223** |  |  |  |
| **3** | Zestaw wprowadzający elektrodę do układu żylnego | zestaw |  |  | **446** |  |  |  |
| **4** | Elektroda komorowa | sztuka |  |  | **223** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 7 Stymulator dwujamowy DDDR – promujący stymulację przedsionkową /AAI/ i własne przewodzenie przedsionkowo – komorowe, przystosowany do badań przy pomocy rezonansu magnetycznego /MRI/ CPV 33158210-7 – Stymulatory** | | | | | | | | |
| **1** | Stymulator dwujamowy DDDR – promujący stymulację przedsionkową /AAI/ i własne przewodzenie przedsionkowo – komorowe, przystosowany do badań przy pomocy rezonansu magnetycznego /MRI/ | sztuka |  |  | **95** |  |  |  |
| **2** | Stymulator dwujamowy DDDR – promujący stymulację przedsionkową /AAI/ i własne przewodzenie przedsionkowo – komorowe przeznaczony dla pacjentów z zespołem wazo-wagalnym, przystosowany do badań przy pomocy rezonansu magnetycznego /MRI/ | sztuka |  |  | **16** |  |  |  |
| **3** | Elektroda przedsionkowa | sztuka |  |  | **111** |  |  |  |
| **4** | Zestaw wprowadzający elektrodę do układu żylnego | zestaw |  |  | **222** |  |  |  |
| **5** | Elektroda komorowa | sztuka |  |  | **111** |  |  |  |
| **6** | Elektroda stymulująca prawokomorowa przeznaczona do stymulacji okolicy pęczka His’a | sztuka |  |  | **16** |  |  |  |
| **7** | Zestaw cewnika do wprowadzenia elektrody przeznaczonej do stymulacji okolicy pęczka His’a Cewnik o regulowanej krzywiźnie końcówki o różnej długości | zestaw |  |  | **16** |  |  |  |
| **8** | Zastawka do cewników do wprowadzania elektrody do stymulacji okolicy pęczka His’a | sztuka |  |  | **16** |  |  |  |
| **9** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 8 Wszczepialny pętlowy rejestrator EKG CPV 33182240-3 – Części i akcesoria do rozruszników serca** | | | | | | | | |
| **1.** | Wszczepialny pętlowy rejestrator EKG | sztuka |  |  | **4** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 9 Nóż plazmowy z najmem generatora CPV 33190000-8 PA01-7** | | | | | | | | |
| **1** | Nóż plazmowy „Plasma Blade” | sztuka |  |  | **30** |  |  |  |
| **2** | Najem generatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 10 Kardiowerter-defibrylator jednojamowy /ICD-VR/ dla osób z kacheksją sercową CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Zaawansowany kardiowerter-defibrylator jednojamowy min. 35 J (ICD-VR) | sztuka |  |  | **25** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **25** |  |  |  |
| **3** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **25** |  |  |  |
| **4** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 11 Kardiowerter – defibrylator dwujamowy / ICD-DR/ dla osób z kacheksją sercową z kompletem elektrod CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Kardiowerter – defibrylator dwujamowy / ICD-DR/ dla osób z kacheksja sercową | sztuka |  |  | **12** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **12** |  |  |  |
| **3** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **12** |  |  |  |
| **4** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **24** |  |  |  |
| **5** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 12 Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter – defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ przeznaczony dla osób z kacheksją sercową z kompletem elektrod CPV 33182100-0-Defibrylator-Kardiowerter** | | | | | | | | |
| **1** | Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter – defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ przeznaczony dla osób z kacheksją sercową | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **2** | Elektroda defibrylująca | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **3** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **4** | Elektroda do zatoki wieńcowej | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **5** | Zestaw do kontrastowania zatoki wieńcowej | zestaw |  |  | **10** |  |  |  |
| **6** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **10** |  |  |  |
| **7** | Najem programatora\* | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 13 Stymulator CRT- P CPV 33158210-7 – Stymulatory** | | | | | | | | |
| **1** | **Stymulator CRT- P** | sztuka |  |  | **2** |  |  |  |
| **2** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **2** |  |  |  |
| **3** | Elektroda stymulująca | sztuka |  |  | **2** |  |  |  |
| **4** | Elektroda do zatoki wieńcowej | sztuka |  |  | **2** |  |  |  |
| **5** | Zestaw do kontrastowania zatoki wieńcowej | zestaw |  |  | **2** |  |  |  |
| **6** | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego | zestaw |  |  | **2** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 14 ELEKTRODY ablacyjne chłodzone ELEKTROFIZJOLOGIA CPV: 33158200-4** | | | | | | | | |
| **1** | elektroda ablacyjna chłodzona z możliwością pomiaru siły nacisku kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D Ensite najmowanego przez Szpital: - 4 polowa; - średnica 7F; - rozstaw elektrod 2-5-2; - końcówka elektrody 3,5mm; - dwie jednokierunkowe krzywizny 65mm i 75mm | sztuka |  |  | **20** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 15 Adapter Y, zestaw PTCA ELEKTROFIZJOLOGIA CPV 33140000-3 CPV: 33158200-4** | | | | | | | | |
| **1** | Adapter Y – obrotowe z zastawką zakręcaną | sztuka |  |  | **20** |  |  |  |
| **2** | Zestaw do PTCA: Łącznik typu Y -ergonomiczny kształt dostosowany do dłoni , - możliwość obsługi jednoręcznej poprzez naciśnięcie przycisku- - możliwość pracy, manewrowania prowadnikiem i cewnikiem przy zamkniętej zastawce -posiadający zintegrowany dren 15-20 cm zakończony kranikiem - Torquer – uchwyt do prowadników, luminescencyjny, do wszystkich prowadników drutowych o średnicach do 0,022’’ Kaniula do prowadnika - Igła 20 G x 7,5 cm, metalowa- | zestaw |  |  | **30** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |
| …………….…dnia…………… …...............................................................................  podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub  posiadających pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **Lp.** | **ASORTYMENT - Opis** | Jednostka miary | Wartość jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Ilość | Wartość netto (zł) | Cena brutto (zł) | Producent/ Nazwa handlowa/Numer katalogowy/ nr strony w materiałach informacyjnych |
| **PAKIET 16 ELEKTRODY 64-polowe współpracujące z systemem elektroanatomicznym 3 D ELEKTROFIZJOLOGIA** | | | | | | | | |
| **1** | Elektrody diagnostyczne mapujące, irygowane, nawigowane magnetycznie, w pełni współpracujące z systemem nawigacji 3D. Elektrody 64-polowe typu basket o zmiennej średnicy koszyka.Powierzchnia pojedyńczej elektrody na koszyku 0,4mm2. | sztuka |  |  | **54** |  |  |  |
| **2** | Łączniki do elektrod mapujących 64-polowych z poz. 1 | sztuka |  |  | **5** |  |  |  |
| **3** | Elektrody ablacyjne, nawigowane magnetycznie, w pełni współpracujące z systemem nawigacji 3D,  klasyczne lub chłodzone do wyboru przez Zamawiającego | sztuka |  |  | **54** |  |  |  |
| **4** | Łączniki do elektrod ablacyjnych z poz. 3 | sztuka |  |  | **15** |  |  |  |
| **5** | Dreny do elektrod chłodzonych | sztuka |  |  | **80** |  |  |  |
| **6** | Elektrody diagnostyczne 10-polowe sterowalne dedykowane do zatoki wieńcowej. Rozmiar elektrody 6F. | sztuka |  |  | **20** |  |  |  |
| **7** | Elektrody diagnostyczne 10-polowe o stałej krzywiźnie dedykowane do zatoki wieńcowej.Rozmiar elektrody 5F i 6F do wyboru. | sztuka |  |  | **30** |  |  |  |
| **8** | Łączniki do elektrod diagnostycznych z poz. 6 i 7 | sztuka |  |  | **10** |  |  |  |
| **9** | Zestawy naklejanych elektrod (patch) lokalizacyjnych do systemu nawigacji 3D. | komplet |  |  | **70** |  |  |  |
| **10** | Najem systemu do elektroanatomicznego mapowania serca | miesiąc |  |  | **12** |  |  |  |
| **wartość pakietu** | | | | | |  |  |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik 2 a**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Parametry bezwzględnie wymagane/ oceniane**

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 1 - Zaawansowany kardiowerter - defibrylator jednojamowy 35 J (ICD-VR) z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji** | | | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **Lp.** | **Parametry** **wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
| 1. | Waga poniżej 80 g |  | |
| 2. | Dostarczona energia ≥35J |  | |
| 3. | Możliwość wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji bez stref wykluczeni |  | |
| 4. | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych od komorowych |  | |
| 5. | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF – w czasie ładowania kondensatorów |  | |
| 6. | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona |  | |
| 7. | Trzy strefy rozpoznawania arytmii |  | |
| 8. | Algorytm wstrzymujący detekcję arytmii komorowych w przypadku stwierdzenia zakłóceń na elektrodzie RV  z uruchomieniem sygnału dźwiękowego powiadamiającego pacjenta |  | |
| 9. | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | |
| 10. | Domowe monitorowanie pracy ICD |  | |
| 11. | Programowalna aktywna obudowa defibrylatora (active – non active) |  | |
| 12. | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej |  | |
| 13. | Automatyczny pomiar progu stymulacji w kanale komorowym |  | |
| 14. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | |
| 15. | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | |
| 16. | Pendrive – min. 4 GB – archiwizacja danych z kontroli ICD (1 ICD-1 pendrive) |  | |
| 17. | Elektrody do defibrylacji sterydowe, pasywne/aktywne - do wyboru z katalogu |  | |
|  | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1. | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | 0 pkt. - nie,  10 pkt.- tak |
| 2. | Automatyczna sygnalizacja ERI  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | 0 pkt. - nie,  10 pkt.- tak |
| 3. | Fizjologiczny kształt urządzenia |  | 0 pkt. - nie,  10 pkt.- tak |
| 4. | Możliwość programowego wyłączenia bieguna wysokonapięciowego SVC |  | 0 pkt. - nie,  10 pkt. - tak |
| 5. | Elektrody do defibrylacji - podskórne |  | 0 pkt. - nie,  4 pkt. – tak |
| 6. | Elektrody do defibrylacji - nasierdziowe |  | 0 pkt. - nie,  4 pkt. – tak |
|  |  | **RAZEM** | **0-48** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 2 - Zaawansowany kardiowerter - defibrylator dwujamowy /ICD-DR/ z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji** | | | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp**. | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
|  | Waga poniżej 80 g |  | | |
|  | Dostarczona energia ≥35J |  | | |
|  | Możliwość wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji bez stref wykluczeń |  | | |
|  | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii nadkomorowych  od komorowych |  | | |
|  | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF – w czasie ładowania kondensatorów |  | | |
|  | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona |  | | |
|  | Trzy strefy rozpoznawania arytmii |  | | |
|  | Algorytm wstrzymujący detekcję arytmii komorowych w przypadku stwierdzenia zakłóceń na elektrodzie RV  z uruchomieniem sygnału dźwiękowego powiadamiającego pacjenta |  | | |
|  | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | | |
|  | Domowe monitorowanie pracy ICD |  | | |
|  | Programowalna aktywna obudowa defibrylatora (active – non active) |  | | |
|  | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej |  | | |
|  | Automatyczny pomiar progu stymulacji w kanale komorowym i przedsionkowym |  | | |
|  | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | |
|  | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | | |
|  | Pendrive – min. 4 GB – archiwizacja danych z kontroli ICD (1 ICD-1 pendrive) |  | | |
|  | Elektrody do defibrylacji sterydowe, pasywne/aktywne - do wyboru z katalogu |  | | |
|  | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego min. 3 rodzaje |  | | |
|  | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
| 1 | Możliwość programowego wyłączenia bieguna wysokonapięciowego SVC |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 2 | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 3 | Automatyczna sygnalizacja ERI  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 4 | Fizjologiczny kształt urządzenia |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 5 | Elektrody do defibrylacji - podskórne |  | | 0 pkt. – nie,  5 pkt. – tak |
| 6 | Elektrody do defibrylacji - nasierdziowe |  | | 0 pkt. – nie,  5 pkt. – tak |
|  |  | **RAZEM** | | **0-50** |
| **Elektrody przedsionkowe do stałej stymulacji serca** | | | | |
|  | nazwa |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| **I** | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | | |
| 1 | Sposób mocowania : pasywny, aktywny |  | | |
| 2 | rodzaj powłoki końcówki elektrody – sterydowa |  | | |
| 3 | Polarność bipolarna/unipolarna |  | | |
| 4 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | | |
| 5 | Rodzaj izolacji Silikon i/lub Poliuretan - do wyboru |  | | |
| 6 | Kształt prosty i/lub litery J (do wyboru) |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** | |
| 1 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | Poniżej 3 – 2 pkt.  3 długości – 5 pkt. | |
| 2 | Rodzaj izolacji Silikon, Poliuretan – do wyboru |  | 1 rodzaj – 1 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt. | |
| 3 | Kształt prosty, litery J (do wyboru) |  | 1 kształt – 1 pkt.  2 kształty – 5 pkt. | |
|  |  | **Razem** | **0-15** | |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 3 - Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter-defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji** | | | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| 1. | Waga poniżej 85 gramów |  | | |
| 2. | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 [J] |  | | |
| 3. | Możliwość wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji bez stref wykluczeń |  | | |
| 4. | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF w czasie ładowania kondensatorów |  | | |
| 5. | Funkcja dyskryminacji załamka T bez zmian i programowania czułości urządzenia nominalnie włączona |  | | |
| 6. | Algorytm wstrzymujący detekcję arytmii komorowych w przypadku stwierdzenia zakłóceń na elektrodzie RV  z uruchomieniem sygnału dźwiękowego powiadamiającego pacjenta |  | | |
| 7. | Elektroda LV o aktywnym mocowaniu dopuszczona do badania MRI (1.5T/3T) |  | | |
| 8. | Elektroda LV czteropolowa dopuszczona do badania MRI (1.5T/3T) |  | | |
| 9. | Elektrody do LV min. 3 typy |  | | |
| 10. | Elektrody do defibrylacji sterydowe, pasywne/aktywne - do wyboru z katalogu |  | | |
| 11. | Algorytm wykorzystujący analizę morfologii zespołu QRS do różnicowania arytmii komorowych i nadkomorowych |  | | |
| 12. | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | | |
| 13. | Domowe monitorowanie pracy ICD |  | | |
| 14. | Terapia ATP arytmii nadkomorowych |  | | |
| 15. | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej |  | | |
| 16. | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | | |
| 17. | Pendrive - min. 4 GB – archiwizacja danych z kontroli ICD (1 ICD - 1 pendrive) |  | | |
| 18. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | |
| 19 | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT |  | | |
|  |  |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** | |
| 1. | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT |  | 0 pkt. – dwa typy,  4 pkt. – trzy typy i więcej | |
| 2. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | 0 pkt. – dwa typy,  2 pkt. – trzy typy i więcej | |
| 3. | Elektrody do defibrylacji podskórne |  | 0 pkt. – nie, 5 pkt. – tak | |
| 4. | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności przedwczesnych pobudzeń komorowych |  | 0 pkt. - nie, 10 pkt. – tak | |
| 5. | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności AT/AF |  | 0 pkt. - nie, 10 pkt. – tak | |
| 6. | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy informujący pacjenta) |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak | |
| 7. | Automatyczna sygnalizacja ERI  (sygnał dźwiękowy informujący pacjenta) |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak | |
| 8. | Elektrody do LV sterydowe |  | 0 pkt. – nie, 3 pkt. – tak | |
| 9. | Elektrody do LV min. 3 typy |  | 1 pkt. – trzy typy,  2 pkt. – cztery typy,  4 pkt. – pięć typów i więcej | |
|  |  | **RAZEM** | **0 - 58** | |
| **Elektrody przedsionkowe do stałej stymulacji serca** | | | | |
|  | nazwa |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp**. | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| **I** | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | | |
| 1 | Sposób mocowania: pasywny, aktywny |  | | |
| 2 | rodzaj powłoki końcówki elektrody – sterydowa |  | | |
| 3 | Polarność bipolarna/unipolarna |  | | |
| 4 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | | |
| 5 | Rodzaj izolacji Silikon i/lub Poliuretan - do wyboru |  | | |
| 6 | Kształt prosty i/lub litery J (do wyboru) |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
| 1 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | | 3 długości – 5 pkt.  Poniżej 3 – 2 pkt. |
| 2 | Rodzaj izolacji Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | | 1 rodzaj – 1 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt. |
| 3 | Kształt prosty, litery J (do wyboru) |  | | 1 kształt – 1 pkt.  2 kształty – 5 pkt. |
|  |  | **Razem** | | **0-15** |

…………….…dnia…………… …............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 4 - Zestaw do wprowadzania elektrody LV kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego /CRT-D/ do układu żylnego i CS** | | | |
|  | nazwa |  | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
| 1. | Możliwość aktywnej zmiany krzywizny koszulki |  | |
| 2 | Długość koszulki minimum 1 typ |  | |
|  | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1 | Sposób wyjmowania zestawu |  | 0 pkt. – rozrywanie  5 pkt. – rozcinanie nożykiem |
| 2 | Długość koszulki minimum 1 typ |  | 0 pkt. – 1 typ,  5 pkt. – 2 typy i więcej |
|  |  | **RAZEM** | **0-10** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 5 - Stymulator SSIR (jednojamowy)** | | | | |
|  | nazwa stymulatora |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
|  | **Parametry programowane** |  | | |
|  | Czułość komorowa – co najmniej w zakresie: 1,0 – 6,0 mV |  | | |
|  | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie: 0,4 - 4,0 mV |  | | |
|  | Szerokość impulsu (A/V): 0,5 – 1,0 ms |  | | |
|  | Program nocny |  | | |
|  | Okres refrakcji V min. zakres: 200-500 ms |  | | |
|  | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia |  | | |
|  | Automatyczna optymalizacja funkcji „rate response” |  | | |
|  | Automatyczne dostosowanie parametrów impulsu stymulacyjnego do zmierzonego progu stymulacji |  | | |
| 9. | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod |  | | |
| 10. | Dostarczenie do 20 urządzeń z możliwością wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji bez stref wykluczenia, spełniających pozostałe parametry wymagane |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
| 1. | Możliwość wykonania antyarytmicznej stymulacji (EPS) stymulatorem wszczepionym |  | | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 2. | Możliwość stymulacji „over-drive” do 300/min |  | | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
|  |  | **RAZEM** | | **0-20** |
| **Elektrody MRI do stałej stymulacji serca** | | | | |
|  | nazwa |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
|  | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | | |
| 1. | Sposób mocowania: pasywny, aktywny |  | | |
| 2. | Kształt: prosty, J-ka, do wyboru |  | | |
| 3. | rodzaj powłoki końcówki elektrody: sterydowa |  | | |
| 4. | Polarność: bipolarna |  | | |
| 5. | Zestaw do wprowadzania elektrody do układu żylnego |  | | |
| 6. | Długość: 45 - 65 cm |  | | |
| 7. | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** | |
|  | Długość: 45 - 65 cm |  | ≥ 3 rodzaje – 10 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. | |
|  | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | 2 rodzaje–5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. | |
|  | Kształt: prosty, J - do wyboru |  | 2 kształty – 5 pkt.  1 kształt – 2 pkt. | |
|  |  | **RAZEM** | **0-20** | |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 6 - Stymulator dwujamowy DDDR - podstawowy** | | | | | | |
|  | | nazwa stymulatora |  | | | |
|  | | nazwa producenta |  | | | |
|  | | miejsce produkcji |  | | | |
|  | | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | | |
| **Lp.** | | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | | |
|  | | **Parametry programowane** |  | | | |
|  | | Żywotność stymulatora: min. 8 lat (nastawy nominalne) |  | | | |
|  | | Amplituda impulsu min. zakres: 0,5-7,0 V |  | | | |
|  | | Szerokość impulsu (A/V) min. zakres: 0,5-1,0 ms |  | | | |
|  | | Czułość komorowa – co najmniej w zakresie: 1,0 – 6,0 mV |  | | | |
|  | | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie: 0,4 - 4,0 mV |  | | | |
|  | | Odstęp AV dynamiczny, programowany w zakresie:  min. 30-300 ms (PAV i SAV) |  | | | |
|  | | Automatyczny PVARP |  | | | |
|  | | Program nocny |  | | | |
|  | | Okres refrakcji A/V min. zakres: 200-400 ms |  | | | |
|  | | Histereza częstości rytmu |  | | | |
|  | | Automatyczna zmiana trybu stymulacji w obecności szybkich rytmów przedsionkowych |  | | | |
|  | | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia |  | | | |
| 13. | | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zaprogramowanego zakresu impedancji elektrod |  | | | |
| 14. | | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem (min. 2 typy) |  | | | |
| **Lp.** | | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** | |
|  | | Automatyczna optymalizacja funkcji „rate response” |  | | 0 pkt. – nie, 2 pkt. – tak | |
|  | | Możliwość zaprogramowania odstępu AV w algorytmie promującym własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe do wartości powyżej 550 ms |  | | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak | |
|  | | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem (min. 2 typy) |  | | 0 pkt. –2 typy,  2 pkt. – trzy typy i więcej | |
|  | | Dostępne histogramy:   * częstości * przewodzenia AV * aktywności pacjenta |  | | Po 1 pkt  (max 3 pkt) | |
|  | |  | **RAZEM** | | **0-17** | |
| **Elektrody MRI do stałej stymulacji serca** | | | | | | |
|  | nazwa | | |  | | |
|  | nazwa producenta | | |  | | |
|  | miejsce produkcji | | |  | | |
|  | rok produkcji | | | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | | | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
|  | **Właściwości fizyczne elektrod** | | |  | | |
| 1. | Sposób mocowania: pasywny, aktywny | | |  | | |
| 2. | Długość: 45 - 65 cm | | |  | | |
| 3. | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru | | |  | | |
| 4. | Kształt: prosty, J-ka, do wyboru | | |  | | |
| 5. | Rodzaj powłoki końcówki elektrody: sterydowa | | |  | | |
| 6. | Polarność: bipolarna | | |  | | |
| 7. | Zestaw do wprowadzania elektrody do układu żylnego | | |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | | | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
|  | Długość: 45 - 65 cm | | |  | | ≥ 3 rodzaje – 10 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. |
|  | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru | | |  | | 2 rodzaje–5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. |
|  | Kształt: prosty, J - do wyboru | | |  | | 2 kształty – 5 pkt.  1 kształt – 2 pkt. |
|  |  | | | **RAZEM** | | **0-20** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 7 - Stymulator dwujamowy DDDR *–* promujący stymulację przedsionkową (AAI) i własne przewodzenie przedsionkowo – komorowe, przystosowany do badań przy pomocy rezonansu magnetycznego (MRI)** | | | |
|  | nazwa stymulatora |  | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
|  | **Parametry programowane** |  | |
|  | Żywotność stymulatora: min. 8 lat (nastawy nominalne) |  | |
|  | Amplituda impulsu min. zakres: 0,5-7,0 mV |  | |
|  | Szerokość impulsu (A/V) min. zakres: 0,5-1,5 ms |  | |
|  | Czułość komorowa – co najmniej w zakresie: 1,0 – 10,0 [mV] |  | |
|  | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie: 0,2 - 4,0 [mV] |  | |
|  | Odstęp AV, programowany w zakresie min.: 30-300 ms (PAV i SAV) |  | |
|  | Automatyczny PVARP |  | |
|  | Znacznik cieniujący w obrysie urządzenia – dla łatwego rozpoznania urządzenia odpornego na MRI widziane w promieniach RTG |  | |
| 9. | Możliwość wykonania badania MRI (1.5T/3T) po implantacji bez stref wykluczenia |  | |
| 10. | Brak ograniczeń czasu skanowania urządzenia w MRI |  | |
| 11. | Automatyczny algorytm promujący własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe nominalnie włączony z automatyczną zmianą trybu stymulacji AAI – DDD jako zabezpieczeniem w przypadku zaburzeń przewodnictwa A-V |  | |
| 12. | Dostarczenie do 20 urządzeń MRI spełniających pozostałe parametry wymagane przeznaczone dla pacjentów z zespołem wazo-wagalnym |  | |
| 13. | Program nocny |  | |
| 14. | Funkcja dostosowania częstości stymulacji do zapotrzebowania metabolicznego pacjenta |  | |
| 15. | Funkcje antyarytmiczne (min. 3) |  | |
| 16. | Strefa rozpoznawania arytmii przedsionkowych |  | |
| 17. | Funkcja automatycznie określająca komorowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji komorowej do zmierzonego progu stymulacji |  | |
| 18. | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia |  | |
| 19. | Automatyczna optymalizacja funkcji „rate response” |  | |
| 20. | Możliwość automatycznego przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zaprogramowanego zakresu impedancji elektrod |  | |
| 21. | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń (min. 2 typy) |  | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1. | Strefa monitorowania częstoskurczu komorowego |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 2. | Funkcja automatycznie określająca przedsionkowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji przedsionkowej do zmierzonego progu stymulacji |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 3. | Algorytm automatycznie skracający odstęp AV w zależności od wartości rytmu zatokowego. |  | 0 pkt. – nie, 5 pkt. – tak |
| 4. | Algorytmy przeciwdziałające wzbudzaniu się arytmii przedsionkowych |  | 0 pkt. – nie, 5 pkt. – tak |
| 5. | Algorytm stabilizujący rytm komorowy w czasie trwania arytmii przedsionkowej |  | 0 pkt. – nie, 5 pkt. – tak |
| 6. | Możliwość zaprogramowania odstępu AV w algorytmie promującym własne przewodzenie przedsionkowo-komorowe do wartości powyżej 300 ms |  | 0 pkt. – nie, 2 pkt. – tak |
| 7. | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń (min. 2 typy) |  | 1 pkt. – do 2 typów,  3 pkt. – trzy typy i więcej |
| 8. | Algorytm wspomagający programowanie rozrusznika w zależności od stanu klinicznego pacjenta na ekranie programatora po wprowadzeniu danych przez lekarza. |  | 0 pkt. – nie, 5 pkt. – tak |
|  |  | **RAZEM** | **0-45** |
| **Elektrody MRI do stałej stymulacji serca** | | | |
|  | nazwa |  | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
|  | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | |
| 1. | Sposób mocowania: pasywny, aktywny |  | |
| 2. | Długość: 45 - 65 cm |  | |
| 3. | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | |
| 4. | Kształt: prosty, J-ka- do wyboru |  | |
| 5. | Rodzaj powłoki końcówki elektrody: sterydowa |  | |
| 6. | Polarność: bipolarna |  | |
| 7. | Zestaw do wprowadzania elektrody do układu żylnego |  | |
| 8. | Elektroda A/V do aktywnej fiksacji na ścianach serca (stymulacja okolicy pęczka Hisa. Bipolarna, średnica ≤ 4.5 wprowadzana za pomocą cewnika prowadzącego, różne długości) nie wymagane MRI |  | |
| 9. | Zestaw do aktywnej implantacji elektrod na ścianach serca (stymulacja okolicy pęczka Hisa  1. Zestawy o różnych krzywiznach umożliwiających umiejscowienie elektrody w okolicy pęczka Hisa.  2. Cewnik o regulowanej krzywiźnie końcówki o różnej długości |  | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
|  | Długość: 45 - 65 cm |  | ≥ 3 rodzaje – 10 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. |
|  | Rodzaj izolacji: Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | 2 rodzaje–5 pkt.  1 rodzaj – 2 pkt. |
|  | Kształt: prosty, J - do wyboru |  | 2 kształty – 5 pkt.  1 kształt – 2 pkt. |
|  |  | **RAZEM** | **0-20** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 8 Wszczepialny pętlowy rejestrator EKG** | | |
|  | nazwa |  |
|  | nazwa producenta |  |
|  | miejsce produkcji |  |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis** |
|  | Żywotność urządzenia: min. 12 miesięcy |  |
|  | Rejestracja epizodów bradyarytmii: poniżej 30/min |  |
|  | Rejestracja epizodów częstoskurczy w zakresie: 115-230/min |  |
|  | Rejestracja EKG bez wykorzystania elektrod powierzchniowych lub wewnątrzsercowych |  |
|  | Możliwość automatycznej rejestracji epizodów |  |
|  | Możliwość wyboru konfiguracji długości zapisu EKG |  |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Punktacja** |
|  | Całkowita długość zapisu EKG | < 30 minut – 0 pkt.  ≥ 30 minut – 10 pkt. |
|  | Możliwość rejestracji epizodów przez pacjenta | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| RAZEM | | **0-20** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 9 Nóż plazmowy z najmem generatora CPV 33190000-8 PA01-7** | | |
|  | nazwa |  |
|  | nazwa producenta |  |
|  | miejsce produkcji |  |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** |
| 1 | Nóż do koagulacji z zastosowaniem techniki cięcia plazmowego |  |
| 2 | Łącznik do noża plazmowego |  |
| 3 | Opcja zmiany koagulacji plazmowej na opcję cięcia plazmowego |  |
| 4 | Współpraca noża plazmowego z generatorem |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

prawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 10 – Kardiowerter - defibrylator jednojamowy (ICD-VR) dla osób z kacheksją sercową** | | | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
| 1. | Dostarczona energia defibrylacji min. 35 [J] |  | |
| 2. | Czas ładowania kondensatorów (BOL-ERI) poniżej 10 s |  | |
| 3. | Waga poniżej 80 g |  | |
| 4. | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy od nadkomorowego |  | |
| 5. | Elektrody do defibrylacji sterydowe, pasywne/aktywne - do wyboru z katalogu |  | |
| 6. | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | |
| 7. | Grubość kardiowertera-defibrylatora ≤ 10 mm |  | |
| 8. | Algorytm pozwalający na wykrywanie epizodów bezdechu nocnego |  | |
| 9. | Połączenie elektrody defibrylującej DF-4/DF-1 |  | |
| 10 | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | |
| 11. | Pendrive – min. 4GB - archiwizacja danych z kontroli ICD  (1 ICD - 1 pendrive) |  | |
| 12 | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | |
|  | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1. | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 2. | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 3. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | 0 pkt - 2 typy  2 pkt. - 3 typy i więcej |
| 4. | Terapia ATP w strefie VF |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
| 5. | Elektrody do defibrylacje z kojlami pokrytymi materiałem zapobiegającym wrastaniu tkanek |  | 0 pkt. – nie, 10 pkt. – tak |
|  |  | **Razem** | **0-42 punkty** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 11 - Kardiowerter-defibrylator dwujamowy (ICD-DR) dla osób z kacheksją sercową z kompletem elektrod** | | | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| 1. | Dostarczona energia defibrylacji min. 35 [J] |  | | |
| 2. | Czas ładowania kondensatorów (BOL-ERI) poniżej 10 s |  | | |
| 3. | Waga poniżej 80 g |  | | |
| 4. | Algorytmy różnicujące częstoskurcz komorowy  od nadkomorowego |  | | |
| 5. | Elektrody do defibrylacji pasywne/aktywne – do wyboru |  | | |
| 6. | Elektrody do defibrylacji sterydowe |  | | |
| 7. | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | | |
| 8. | Grubość kardiowertera-defibrylatora ≤ 10 mm |  | | |
| 9. | Połączenie elektrody defibrylującej DF-4/DF-1 do wyboru |  | | |
| 10 | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | | |
| 11. | Pendrive – min. 4 GB - archiwizacja danych z kontroli ICD  (1 ICD - 1 pendrive) |  | | |
| 12. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | |
| 13. | Algorytm pozwalający na wykrywanie epizodów bezdechu nocnego |  | | |
|  | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
| 1. | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 2. | Automatyczna sygnalizacja ERI  (sygnał dźwiękowy emitowany przez ICD informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 3. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | 0 pkt -2 typy  2 pkt. – 3 typy i więcej |
| 4. | Terapia ATP w strefie VF |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 5. | Elektrody do defibrylacje z kojlami pokrytymi materiałem zapobiegającym wrastaniu tkanek |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
|  |  | **Razem** | | **0-42 punkty** |
| **Elektrody przedsionkowe do stałej stymulacji serca** | | | | |
|  | nazwa |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| **I** | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | | |
| 1 | Sposób mocowania: pasywny, aktywny |  | | |
| 2 | rodzaj powłoki końcówki elektrody – sterydowa |  | | |
| 3 | Polarność bipolarna/unipolarna |  | | |
| 4 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | | |
| 5 | Rodzaj izolacji Silikon i/lub Poliuretan - do wyboru |  | | |
| 6 | Kształt prosty i/lub litery J (do wyboru) |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** | |
| 1 | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | 3 długości i więcej – 5 pkt  Poniżej 3długości – 2 pkt | |
| 2 | Rodzaj izolacji Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | 1 rodzaj - 1 pkt  2 rodzaje - 5 pkt | |
| 3 | Kształt prosty, litery J (do wyboru) |  | 1 kształt – 1 pkt  2 kształty - 5pkt | |
|  |  | **Razem** | **0-15** | |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 12- Zaawansowany wysokoenergetyczny kardiowerter - defibrylator resynchronizujący /CRT-D/ przeznaczony dla osób z kacheksją sercową z kompletem elektrod** | | | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK/NIE**  **Opis\*** | | |
| 1. | Waga poniżej 80 gramów |  | | |
| 2. | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 [J] |  | | |
| 3. | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF |  | | |
| 4. | Elektrody do defibrylacji sterydowe, pasywne/aktywne - do wyboru |  | | |
| 5. | Grubość kardiowertera-defibrylatora ≤ 10 mm |  | | |
| 6. | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem |  | | |
| 7. | Możliwość niezależnego programowania stymulacji LV i RV |  | | |
| 8. | Zmienność polarności elektrody LV  (liczba programowanych wektorów stymulacji min. 3) |  | | |
| 9. | Polarność stymulacji LV: uni/bipolarna |  | | |
| 10. | Zestaw do kontrastowania CS z balonem |  | | |
| 11. | Zestaw do wprowadzania elektrod do układu żylnego |  | | |
| 12. | Połączenie elektrody defibrylującej DF-4/DF-1 – do wyboru |  | | |
| 13. | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT |  | | |
| 14. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | |
| 15. | Algorytm pozwalający na wykrywanie epizodów bezdechu nocnego |  | | |
| 16. | Elektrody do LV min. 3 typy |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | | **Punktacja** |
| 1. | Rozpoznawanie arytmii min. 2 typy - VF i VT |  | | 0 pkt. – dwa typy  4 pkt. – trzy typy i więcej |
| 2. | Terapia antyarytmiczna min. 2 typy |  | | 0 pkt. – dwa typy  2 pkt. – trzy typy i więcej |
| 3. | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności przedwczesnych pobudzeń komorowych |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 4. | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności AT/AF |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 5. | Algorytm zapewniający regularny rytm komorowy w czasie trwania AT/AF |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 6. | Automatyczna sygnalizacja uszkodzenia elektrody  (sygnał dźwiękowy informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 7. | Automatyczna sygnalizacja ERI  (sygnał dźwiękowy informujący pacjenta) |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 8. | Domowe monitorowanie pracy ICD |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 9. | Elektrody do defibrylacje z kojlami pokrytymi materiałem zapobiegającym wrastaniu tkanek |  | | 0 pkt. – nie,  10 pkt. – tak |
| 10. | Elektrody do LV min. 3 typy |  | | 1 pkt. – 3 typy  2 pkt. – cztery typy  4 pkt. – pięć typów i więcej |
|  |  | **Razem** | | **0 - 80** |
| **Elektrody przedsionkowe do stałej stymulacji serca** | | | | |
|  | nazwa |  | | |
|  | nazwa producenta |  | | |
|  | miejsce produkcji |  | | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | | |
| **I** | **Właściwości fizyczne elektrod** |  | | |
| 1. | Sposób mocowania: pasywny, aktywny |  | | |
| 2. | Rodzaj powłoki końcówki elektrody – sterydowa |  | | |
| 3. | Polarność bipolarna/unipolarna |  | | |
| 4. | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | | |
| 5. | Rodzaj izolacji Silikon i/lub Poliuretan - do wyboru |  | | |
| 6. | Kształt prosty i/lub litery J (do wyboru) |  | | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** | |
| 1. | Długość w obrębie zakresu: od 40 do 100 cm |  | 3 długości – 5 pkt.  poniżej 3 – 2 pkt. | |
| 2. | Rodzaj izolacji Silikon, Poliuretan - do wyboru |  | 1 rodzaj – 1 pkt.  2 rodzaje – 5 pkt. | |
| 3. | Kształt prosty, litery J (do wyboru) |  | 1 kształt – 1 pkt.  2 kształty – 5 pkt. | |
|  |  | **Razem** | **0-15** | |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 13 Stymulator CRT- P CPV 33158210-7 – Stymulatory** | | | |
|  | Nazwa, nr katalogowy |  | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
| 1 | Czas sterylizacji min. 12 miesięcy |  | |
| 2 | Elektrody pasywne/aktywne -do wyboru |  | |
| 3 | Zestaw do implantacji elektrody lewokomorowej do żył serca (rozszerzacz, koszulka z zastawką, prowadnik, igła do nakłucia żyły podobojczykowej, nóż do koszulki) – min. 2 kształty krzywizny |  | |
| 4 | Elektrody do stymulacji lewej komory „over-the-wire” |  | |
| 5 | Minimum 4 rodzaje elektrod do stymulacji LV |  | |
| 6 | Możliwość internetowej analizy parametrów urządzenia |  | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1. | możliwość stymulacji LV bipolarnej pomiędzy końcówką elektrody LV i pierścieniem elektrody RV |  | Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 2. | możliwość niezależnego programowania LV I RV |  | Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 3. | możliwość programowania V-V delay |  | Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  |  | **RAZEM** | **0- 30** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 14 Elektroda ablacyjna chłodzona z możliwością pomiaru siły nacisku kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D Ensite** | | | |
|  | nazwa |  | |
|  | nazwa producenta |  | |
|  | miejsce produkcji |  | |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 | |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** | |
| 1 | Elektroda ablacyjna kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D Ensite |  | |
| 2 | Pomiar siły nacisku końcówki elektrody |  | |
| 3 | Średnica elektrody 7 F |  | |
| 4 | Rozstaw elektrod 2-5-2 |  | |
| 5 | Końcówka elektrody 3.5 mm |  | |
| 6 | Czas sterylizacji min. 12 miesięcy |  | |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** | **Punktacja** |
| 1. | Elektroda posiada 2 krzywizny |  | Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 2. | Chłodzenie końca elektrody |  | Tak -10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  |  | **RAZEM** | **0-20** |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 15 Adapter Y, zestaw PTCA ELEKTROFIZJOLOGIA**  **CPV 33140000-3 CPV: 33158200-4** | | |
|  | nazwa |  |
|  | nazwa producenta |  |
|  | miejsce produkcji |  |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** |
| 1 | Adapter Y – obrotowe z zastawką zakręcaną |  |
| 4 | Możliwość manewrowania prowadnikiem i cewnikiem przy zamkniętej zastawce |  |
| 5 | Torquer – uchwyt do prowadników |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

***Dotyczy parametrów wymaganych - Odpowiedź NIE*** *powoduje odrzucenie oferty.****\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 16 64-polowa elektroda typu basket kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D najmowanym przez Szpital, elektrody abalcyjne, diagnostyczne oraz łączniki współpracujące z systemem 3D** | | |
|  | nazwa |  |
|  | nazwa producenta |  |
|  | miejsce produkcji |  |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| **L.p.** | **Funkcja / Parametr wymagane** | **Spełnienie parametrów**  **TAK / NIE**  **Opis\*** |
| 1 | 64-polowa elektroda mapująca w pełni kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D |  |
| 2 | Łącznik do 64-polowych elektrod mapujących |  |
| 3 | Elektrody ablacyjne klasyczne lub chłodzone do wyboru w pełni kompatybilne z systemem z elektroanatomicznym 3D |  |
| 4 | Łącznik do elektrod ablacyjnych |  |
| 5 | Dren do elektrod chłodzonych |  |
| 6 | 10-polowe elektrody diagnostyczne do CS o stałej i zmiennej krzywiźnie |  |
| 7 | Łącznik do elektrod diagnostycznych |  |
| 8 | Naklejane elektrody lokalizacyjne (patch) w pełni kompatybilna z systemem elektroanatomicznym 3D |  |
| 9 | Wizualizacja elektrod w technologii elektromagnetycznej i impedancyjnej |  |
| 10 | Automatyczna anotacja punktów na mapie 3D na podstawie predefiniowanych kryteriów akceptacji |  |

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 3**

***Wzór umowy*** *( proszę wypełnić miejsca wypunktowane z wyjątkiem numeru umowy, daty jej zawarcia i §4 ust. 4 )*

**UMOWA nr ....... /49/Med./2016**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **………………2016 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 - ………………………………………………………………**

zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

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

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

reprezentowanym przez: ..............................................

zwanym dalej **WYKONAWCĄ**

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych(t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 2164) i Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającą dyrektywę 2004/18/WE o wartości powyżej 135 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot zamówienia**

1. Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż i dostawę do miejsca wskazanego przez Zamawiającego**,** **stymulatorów defibrylatorów – kardiowerterów, elektrody ablacyjne chłodzone, adapter Y, zestaw PTCA** (zwanego/-ych dalej również towarem) **wraz z najmem programatorów¹[[5]](#footnote-5), generatorów¹[[6]](#footnote-6)i systemu** **do elektroanatomicznego mapowania serca¹ dla Pracowni Elektrofizjologii** w obrębie **pakietu/-tów nr ………….** (zwanego/-ych dalej również sprzętem) wyszczególnionego/-nych w **§ 10** umowy.
2. Osoby uprawnione do składania zamówień: Szef Wydziału Zaopatrzenia Medycznego ppłk mgr farm. Grzegorz Jędrzejczyk, tel. 261 66 05 25, mgr farm. Grażyna Wojtczak tel. 261 660 524, dr n. farm. Monika Krzysik 261 66 05 24, mgr farm. Anna Duszyńska, tel. 261 66 04 64 oraz techn. farm. Adam Klekowski, tel. 261 66 05 28.
3. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć do siedziby Zamawiającego zamówiony pisemnie towar określony w **pakiecie nr 15** własnym środkiem transportu i na koszt własny w terminie **…. dni** (min. 1 dzień, max. 3 dni) od daty otrzymania każdorazowego zamówienia drogą telefoniczną na numer ........................, potwierdzonego faxem na numer ..........................
4. **Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć wraz z pierwszą dostawą, własnym środkiem transportu i na własny koszt,** w terminie **…. dni (min. 1 dzień max. 3 dni)** od daty otrzymania zamówienia na nr tel. ………………… i potwierdzonego faxem na nr ……………. **pełny komplet towaru** (określonego w §10 umowy) z każdego rozmiaru/rodzaju po:
5. **Pakiet 1:** poz.1-3 – 4sztuki;
6. **Pakiet 2:** poz.1-4 – 2sztuki;
7. **Pakiet 3:** poz.1-7 – 3sztuki;
8. **Pakiet 4:** poz.1 – 3sztuki;
9. **Pakiet 5:** poz.1-3 – 5sztuk;
10. **Pakiet 6:** poz.1-5 – 5sztuk;
11. **Pakiet 7:** poz.1-9 – 1sztuka;
12. **Pakiet 8:** poz.1 – 1sztuka;
13. **Pakiet 9:** poz.1 – 3sztuki;
14. **Pakiet 10:** poz.1- 3 – 2sztuki;
15. **Pakiet 11:** poz.1- 4 – 1sztuka;
16. **Pakiet 12:** poz.1- 6 – 2sztuki;
17. **Pakiet 13:** poz.1- 6 – 2sztuki;
18. **Pakiet 14:** poz.1 – 2sztuki;
19. **Pakiet 16:** poz. 1-9 – 2 sztuki;

(wzór załącznik nr 6 do SIWZ**),** które będą fakturowane dopiero po przeprowadzeniu wszczepu. Odbiór pełnych kompletów **ww. towaru** nastąpi w siedzibie Zamawiającego. Osobami upoważnionymi do odbioru są: Kierownik Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej 261 660 223 oraz wyznaczony pracownik Wydziału Zaopatrzenia Medycznego.

1. **Zamawiający w terminie 3 dni od daty zużycia towaru** poinformuje o tym Wykonawcę pisemnie **poprzez przesłanie protokołu wszczepu** (za pomocą faksu na numer ........................... lub drogą elektroniczną na adres……………………….). **Informacja - protokół wszczepu** (wzór protokołu - załącznik nr 7 do SIWZ) **zawierać będzie numer historii choroby, ilości** **i rodzaj i numery seryjny** **zużytego towaru**. Zawiadomienie to będzie stanowić podstawę do wystawienia przez Wykonawcę faktury.
2. **Uzupełnienie** zużytego **towaru wymienionego** w ust. 4 i 5 **nastąpi w terminie do ….. dni (min. 1 dzień, max. 3 dni) od daty otrzymania protokołu wszczepu**.
3. Przekazanie towaru przez Wykonawcę Zamawiającemu, wymaga każdorazowego pisemnego potwierdzenia przez wyznaczonego pracownika Zamawiającego ilości zamówionego towaru - dot. pakietu nr 15 ( dokument PZ), co będzie podstawą do wystawienia faktury. Wykaz osób upoważnionych do odbioru towaru w ww. pakiecie oraz w przypadku opisanym w ust. 6 :
4. mgr farm. Grażyna Wojtczak
5. dr n. farm. Monika Krzysik
6. mgr farm. Anna Duszyńska
7. techn. farm. Stanisława Mazur
8. techn. farm. Barbara Ziółek
9. techn. farm. Adam Klekowski
10. techn. farm. Agnieszka Przybył
11. techn. farm. Ewa Kępa- Ciszak
12. Oprócz oryginału faktury Wykonawca w terminie do 2 dni po zafakturowaniu prześle fakturę w wersji elektronicznej na adres: apteka.dostawy@4wsk.pl lub w wersji pisemnej na numer faksu 261 660 463.
13. Zamawiający ma prawo do składania zamówień bez ograniczeń co do ilości, asortymentu   
    i cykliczności dostaw.
14. Wykonawca zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone lub zmniejszone potrzeby Zamawiającego.
15. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia towaru w zakresie jego wad widocznych i złożenia reklamacji ilościowych i jakościowych w terminie 7 dni od daty jego dostarczenia. Towar niekompletny, uszkodzony lub z terminem ważności niezgodnym z §5 ust. 1 Wykonawca zobowiązany jest wymienić na własny koszt w terminie 3 dni od daty powiadomienia go o zastrzeżeniach drogą telefoniczną pod nr …………………. i fax …………………..
16. Zamawiający składa reklamacje drogą telefoniczną podając numer faktury i potwierdza je faxem z tego dnia.
17. Jeżeli Wykonawca nie wymieni zareklamowanego towaru zgodnie z ust. 11 to jest zobowiązany wystawić w terminie 3 dni fakturę korygującą.
18. Na żądanie Zamawiającego Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia dokumentów (o których mowa w Rozdziale IV pkt. 2 ppkt. 2 SIWZ). Dokumenty, o których mowa wyżej Wykonawca dostarczy w terminie 3 dni od wezwania drogą telefoniczną pod nr **…………………….** i fax **…………………**. pod rygorem możliwości naliczania kar umownych i możliwości odstapienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
19. Wykonawca zobowiązany jest do informowania Apteki Szpitalnej drogą telefoniczną lub faxem (na nr tel. 262 660 463) **z 14-dniowym wyprzedzeniem o spodziewanych brakach** produkcyjnych przedmiotu umowy i o wygaśnięciu ważności dokumentów dopuszczających do obrotu oraz zagwarantowania w związku z tym realizacji zwiększonych zamówień wynikających z niniejszej umowy zabezpieczającej prawidłowe funkcjonowanie oddziałów szpitalnych.
20. Wykonawca zobowiązany jest do odbioru po upływie okresu trwania umowy pozostałego w siedzibie Zamawiającego **towaru zamówionego zgodnie wg §1 ust. 4 i ust. 6**. **Odbiór nastąpi w siedzibie Zamawiającego i zostanie potwierdzony protokołem odbioru** (wzór protokołu - załącznik nr 8 do SIWZ) **w obecności Kierownika Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz wyznaczonego pracownika Wydziału Zaopatrzenia Medycznego.**
21. Wykonawca zobowiązuje się nie korzystać z prawa do wstrzymywania dostaw na podstawie art. 552 k.c. lub jakiegokolwiek innego tytułu prawnego.

**§ 2**

**Prawo opcji**

1. Wykonawcy nie przysługuje względem Zamawiającego jakiekolwiek roszczenia z tytułu niezrealizowania pełnej ilości przedmiotu zamówienia. Niezrealizowana część umowy nie będzie większa niż 50% ceny brutto pakietu. Zamówienie gwarantowane wynosi 50% ceny brutto pakietu. Jeżeli Zamawiający skorzysta z prawa opcji Wykonawca zobowiązuje się umożliwić Zamawiającemu zakup dodatkowych ilości towaru na takich samych zasadach jak dostawy objęte zamówieniem gwarantowanym.
2. Zamawiający zastrzega, że część zamówienia określona jako prawo opcji jest uprawnieniem, a nie zobowiązaniem Zamawiającego. Zamawiający może nie skorzystać z opcji w przypadku braku rzeczywistych potrzeb przedmiotu umowy, bądź braku środków finansowych na ten cel.
3. Skorzystanie z prawa opcji nie wymaga aneksowania przedmiotowej umowy. Pisemna forma powiadomienia Wykonawcy o skorzystaniu z prawa opcji przez Zamawiającego, jest wiążąca dla Wykonawcy w zakresie realizacji wszystkich warunków określonych w niniejszej umowie dla zakupu realizowanego w ramach opcji. W przypadku skorzystania przez Zamawiającego z prawa opcji postanowienia niniejszej umowy obowiązują odpowiednio.

**§ 3**

**Dostawa**

1. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia towaru przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia go do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przejęcia go przez Zamawiającego wg § 1 ust. 3, 4 i 7.
2. Wykonawca realizuje przedmiot zamówienia własnymi siłami oraz przy pomocy podwykonawców wskazanych w ofercie. Jeżeli Wykonawca zleci wykonania niektórych czynności innym podmiotom to ponosi on pełną odpowiedzialność za działania innych dostawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
3. **Wykonawca zobowiązuje się wraz z pierwszą dostawą dostarczyć w terminie określonym w § 1 ust. 4** i w razie konieczności zainstalować do używania w miejscu wskazanym przez Zamawiającego **programatory, generator, system do elektroanatomicznego mapowania serca**[[7]](#footnote-7) niezbędne do przeprowadzenia planowanych zabiegów, w okresie obowiązywania umowy oraz na czas potrzebny do wykonania zabiegu na ostatnim dostarczonym w ramach umowy towarze, zrzekając się jednocześnie prawa do żądania ich zwrotu przed tym terminem, także w przypadku rozwiązania umowy. Termin dostawy sprzętu należy ustalić z pracownikiem …………………… tel. 261 660 468/462 – Sekcja Sprzętu Medycznego.
4. **Odbiór kompletnego sprzętu nastąpi w siedzibie Zamawiającego** aosobą upoważnioną do odbioru jest Kierownik Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej wraz z pracownikiem Sekcji Sprzętu Medycznego p…………………………. tel. 261 660 468/462.
5. Odbiór sprzętu nastąpi w siedzibie Zamawiającego po przeprowadzeniu szkolenia zgodnie z ust. 7 potwierdzonym podpisanym protokołem instalacji i przekazania (wzór protokołu - załącznik nr 9 do SIWZ),co stanowi podstawę wystawienia pierwszej faktury za najem. Oryginał protokołu należy przekazać do Sekcji Sprzętu Medycznego.
6. Wraz z przekazaniem sprzętu Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z **programatorami, generatorem, systemem do elektroanatomicznego mapowania serca** w formie pisemnej i elektronicznej (na nośniku USB), w tym m.in. opisy, warunki techniczne, instrukcje obsługi i użytkowania.
7. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego **szkolenie personelu medycznego** (osób wskazanych przez Zamawiającego) **w wymiarze min. 4 godzin**, niezwłocznie po dostawie/instalacji **programatorów, generatora, systemu do elektroanatomicznego mapowania serca** po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Szkolenie dotyczy obsługi sprzętu m.in. w zakresie oferowanych technik (osoby wskazane przez ordynatorów oddziałów). Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkoleń (w tym terminów) pracowników Zamawiającego jest Kierownik Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w wymiarze max. 10 godzin na sprzęt w późniejszym terminie, jeżeli wystąpi taka konieczność.
8. Wykonawca będzie na bieżąco aktualizował dokumentację związaną z **programatorami, generatorem, systemem do elektroanatomicznego mapowania serca** oraz inne pomoce stosowane do zmian wprowadzanych w aplikacjach i procedurach medycznych jak również aktualnego stanu wiedzy na tematy merytoryczne związane z wykonywanymi badaniami (w miarę potrzeb aktualizacji w siedzibie Zamawiającego).
9. Wykonawca zobowiązuje się po upływie okresu trwania najmu do odbioru ww. sprzętu. Odbiór nastąpi w siedzibie Zamawiającego i zostanie potwierdzony **protokołem deinstalacji** (wzór protokołu - załącznik nr 10 do SIWZ)w obecności Kierownika Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz pracownika Sekcji Sprzętu Medycznego………………. po uprzednim zawiadomieniu pod nr tel./ fax 261 660 468/462.

**§ 4**

**Warunki płatności**

* 1. Zamawiający za dostarczony i odebrany towar oraz za najem **programatorów, generatora i systemu do elektroanatomicznego mapowania serca** zapłaci Wykonawcy cenę obliczoną zgodnie z cennikiem podanym w §10 umowy.
  2. Zapłata za przedmiot zamówienia nastąpi na podstawie wystawionej faktury po przekazaniu towaru wg §1 ust. 7 oraz po wszczepie wg §1 ust. 5 oraz za najem **programatorów i generatora, systemem do elektroanatomicznego mapowania serca**, po przekazaniu sprzętu wg §3 ust. 5 w **terminie …… dni (min. 60 dni)** od daty przyjęcia faktury przez Zamawiającego**,** przelewem na konto wskazane na fakturze. Wykonawca zobowiązany jest umieścić datę zamówienia na fakturze VAT.
  3. **Czynsz płatny jest z dołu i zawiera w sobie wszystkie koszty związane z serwisowaniem, naprawami i ewentualną wymianą** ww. sprzętu**.** Wykonawca ma obowiązek wystawić fakturę do 10–tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. Pierwsza faktura może być wystawiona po protokólarnym przekazaniu sprzętu wg §3 ust. 5. Czynsz za pierwszy i ostatni miesiąc będzie proporcjonalny do okresu najmu w tych miesiącach.
  4. **Łączna wartość netto umowy** wynosi: …………..… zł (słownie: ………..………........... .......................................................................... złotych, …/100), **łączna cena brutto** (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) wynosi: …………………… zł (słownie: ……………………..………………. ............................................................................. złotych, …/100).
  5. Cena, o której mowa w ust. 4, obejmuje koszt towaru oraz wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia w tym w szczególności koszty najmu, przewozu   
     i montażu (jeżeli jest konieczny) w siedzibie Zamawiającego, koszt gwarancji oraz przeprowadzenia szkolenia personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego).
  6. Urzędowa stawka podatku VAT obowiązuje z mocy prawa.
  7. Wykonawca gwarantuje, że wartości netto nie wzrosną przez okres trwania umowy.
  8. Od należności nieuiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może na podstawie art. 8 ustawy z dnia 8 marca 2013r. o terminach zapłaty w transakcjach handlowych (Dz. U. z 2015r. poz. 1830), naliczać odsetki ustawowe za opóźnienie w transakcjach handlowych – odsetki w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i ośmiu punktów procentowych.
  9. Za datę zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§5**

**Warunki najmu [[8]](#footnote-8)**

1. Wykonawca zobowiązuje się zapewnić serwis **najmowanego sprzętu** na własny koszt przez okres trwania umowy.
2. Koszty serwisu, przeglądów, napraw, części zamiennych i materiałów zużywalnych wliczone zostały w cenę najmu.
3. Naprawy bieżące sprzętu wykonywane będą na wezwanie Zamawiającego.
4. Zamawiający zgłosi awarie telefonicznie na numer tel. ……………….. i potwierdzi jednocześnie faxem na numer…………….. Czas naprawy do 3 dni od daty zgłoszenia.
5. W przypadku awarii **programatorów, generatorów i systemu do elektroanatomicznego mapowania serca** jeżeli naprawa przedłuża się powyżej 3 dni, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić bez dodatkowego wezwania sprzęt zastępczy tego samego typu na czas naprawy.
6. W przypadku 3 (trzech) powtarzających się awarii sprzętu w ciągu 4 miesięcy lub 2 (dwóch) awarii urządzenia w ciągu miesiąca, Zamawiającemu przysługuje możliwość żądania wymiany sprzętu na nowy tego samego typu w terminie 3 dni od daty zgłoszenia ostatniej awarii.
7. Wykonawca zobowiązany jest do wykonywania przeglądów okresowych oraz konserwacji profilaktycznej wynajmowanego sprzętu (wykonywanie konserwacji części mechanicznych i elektrycznych, sprawdzenie poprawności działania) z częstotliwością odpowiadającą potrzebom wynikającym z celu przedmiotu najmu i warunków jego użyczenia **nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy lub częściej jeśli takie są zalecenia producenta oraz na każde wcześniejsze wezwanie Zamawiającego.** Po wykonanym przeglądzie Wykonawca zobligowany jest do oklejania urządzenia etykietką informującą o przeprowadzonym przeglądzie z datą kolejnej wizyty. Po każdej wizycie serwisowej Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia raportu serwisowego. **Oryginał raportu serwisowego należy dołączyć do faktury za najem za dany miesiąc i przesłać do Sekcji Sprzętu Medycznego. Kopię tego raportu winien pozostawić na Oddziale.**
8. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec Zamawiającego i osób trzecich za sprawne działanie przedmiotu najmu.
9. Po wykonaniu naprawy, przeglądu Wykonawca ma obowiązek wystawić raport serwisowy oraz dokonać wpisu w paszporcie technicznym sprzętu wraz z wyszczególnieniem części zamiennych oraz określeniem czy system jest sprawny i nadaje się do dalszej eksploatacji.
10. Jeżeli w czasie obowiązywania umowy urządzenie wymaga napraw, które obciążają Wykonawcę, a bez których urządzenie nie jest przydatne do umówionego użytku, Zamawiający może wyznaczyć Wykonawcy odpowiedni termin do wykonania napraw. Po bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu Zamawiający może dokonać koniecznych napraw na koszt Wykonawcy.

**§ 6**

**Gwarancja**

* + - 1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości i trwałości dostarczonego towaru na okres ważności **…. (min. 12 miesięcy)** licząc od dnia dostawy do siedziby Zamawiającego i zapewnia, że dostarczony towar będzie wolny od wad, spełniać będzie wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w specyfikacji, przez właściwe przepisy i instytucje oraz będzie najwyższej jakości.
      2. Wykonawca przyjmuje na siebie obowiązek wymiany towaru na nowy w przypadku ujawnienia się wady w terminie gwarancji i rękojmi.
      3. W ramach gwarancji i rękojmi Wykonawca zobowiązany jest wymienić zakwestionowany towar, o którym mowa w ust. 2 i §1 ust. 11 w terminie 3 dni od daty wezwania faxem na numer ………………………………...
      4. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeksu Cywilnego ( tj. z 2014 r poz. 121 z późn.zm.) dalej K.c..
      5. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577 i następnych Kc.
      6. Do odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej ważności stosuje się przepisy K.c.

**§ 7**

1. Umowa zostaje zawarta na okres **12 miesięcy od jej daty zawarcia lub do czasu wyczerpania wartości umowy w zależności, która z tych przesłanek nastąpi wcześniej.**
2. Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie do 30 dni od wystąpienia okoliczności będących podstawą do odstąpienia, jeżeli Wykonawca:
3. przekroczy terminy realizacji dostawy towaru wynikające z §1 ust. 3 i 6 o 7 dni;
4. przekroczy termin, o którym mowa w §1 ust. 4 o 3 dni;;
5. przekroczy termin, o którym mowa w §3 ust. 3 o 3 dni,
6. przekroczy termin, o którym mowa w §6 ust. 3 o 7;
7. nie dostarczy dokumentów, o których mowa w §1 ust. 14,
8. nie dostarczy sprzętu zastępczego, o którym mowa w §5 ust. 5,
9. nie dostarczy sprzętu nowego, o którym mowa w §5 ust. 6,
10. jeżeli wykonuje przedmiot zamówienia w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi.

**§ 8**

1. W przypadku, gdy Wykonawca nie dostarczy zamówionych towarów w terminie określonym w §1 ust. 3, 5 i 7, §6 ust. 3 niniejszej umowy, Zamawiający zastrzega sobie prawo zakupu tego towaru u innych dostawców.
2. W przypadku, gdy Zamawiający zapłaci za towar zakupiony w trybie określonym w ust. 1 cenę wyższą niż wynika z cennika, zawartego w §10 niniejszej umowy. Wykonawca na żądanie Zamawiającego, zwróci mu wynikającą z różnicy kwot cenę w terminie 14 dni od daty wezwania. W przypadku zakupu zastępczego zmniejszeniu ulega cena brutto niniejszej umowy o cenę brutto tego zakupu.
3. Zamawiający zobowiązany jest udokumentować wykonawcy koszt poniesiony na zakup towaru dokonanego w trybie określonym w ust. 1.
4. Cena za towar kupiony w trybie wykonawstwa zastępczego zostanie odjęta od ceny brutto umowy/pakietu.

**§ 9**

**Kary umowne**

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

1. w wysokości 0,5% ceny brutto gwarantowanej części pakietu w przypadku opóźnienia w wykonaniu dostawy za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu określonego w §1 ust. 3,4,7 oraz w §6 ust. 3 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego towaru. W przypadku wykonawstwa zastępczego, o którym mowa w §7, termin ostatecznego przyjęcia będzie oznaczał datę otrzymania towaru od podmiotu, któremu Zamawiający powierzył wykonawstwo zastępcze,
2. w wysokości 5% ceny brutto gwarantowanej wartości pakietu, w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
3. w wysokości 0,5% ceny brutto gwarantowanej wartości pakietu, w przypadku opóźnienia w dostawie/zainstalowaniu wynajmowanego sprzętu za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu określonego w §3 ust. 3 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego potwierdzonego /protokołem instalacji i przekazania, podpisanym po dostawie/ instalacji sprzętu ;
4. w wysokości 0,15 % ceny brutto gwarantowanej wartości pakietu, w przypadku opóźnienia w usunięciu awarii sprzętu, jeżeli naprawa przedłuża się powyżej 3 dni, do czasu dostarczenia sprzętu zastępczego na czas naprawy, które to dostarczenie naliczanie dalszych kar umownych wstrzymuje.
5. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 10**

**Treścią §9 w umowie ostatecznej, będzie treść załącznika nr 2 oraz 2a** (Zestawienie asortymentowo-cenowe przedmiotu zamówienia oraz parametry techniczne) **do SIWZ** wypełnione przez Wykonawcę w ofercie.

**§ 11**

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Wykonawca nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Art. 54 ust. 5, 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011r. (Dz. U.z 2015 r. poz. 618) ma zastosowanie.

**§ 12**

**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.

**§ 13**

**Postępowanie polubowne.**

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

**§ 14**

**Pozostałe postanowienia.**

1. Niniejsza umowa podlega wyłącznie prawu polskiemu. Strony zgodnie wyłączają stosowanie Konwencji Narodów Zjednoczonych o umowach międzynarodowej sprzedaży towarów. W sprawach nieunormowanych umową oraz do wykładni jej postanowień zastosowanie mają przepisy ustawy z ustawy z dnia 29.01.2004r Prawo zamówień publicznych, ustawy z dnia 23.04.1964r Kodeks Cywilny oraz innych obowiązujących aktów prawnych
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta sporządzona i złożona w postępowaniu przetargowym, z tym, 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.

**§ 15**

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 49/Med./2016, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym umowę wg powyższego wzoru.*

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadają pełnomocnictwo

**Załącznik nr 4**

..............................................                                     ............... 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 2015r., poz. 2164) oświadczamy, że należymy/nie należymy[[9]](#footnote-9) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 Pzp.

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 5**

..............................................                                 ................ dn. ....................     (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie wyroby medyczne będą posiadały aktualne  
i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt (w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy), Formularz Powiadomienia / Zgłoszenia do Rejestru Wyrobów Medycznych).

Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy Deklarację Zgodności wydaną przez producenta oraz Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) wydany przez jednostkę notyfikacyjną, Formularz Powiadomienia / Zgłoszenia do Rejestru Wyrobów Medycznych w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy.

Wraz z pierwszą dostawą dostarczymy do każdego oferowanego produktu: kopię certyfikatu kontroli jakości ISO 13485 dla wyrobów medycznych oraz certyfikatu jakości ISO 9001, pod rygorem odstąpienia od umowy.

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 6**

**DOTYCZY (PRZEKAZANIA) - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

Tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

fax………………..

**Proszę o przekazanie sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** | | | | | | | | |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** | | | | | |  |  |  |

***……………………………………………………….***

***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ……………………… ………………..***

***podpis Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………… ………………..***

***podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………… ………………..***

***podpis***

**Załącznik nr 7**

**DOTYCZY ( ZUŻYCIA ) - PROTOKÓŁ WSZCZEPU**

****

**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką 50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

Tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

Uprzejmie informuję, że dnia…………..zostały wszczepione:

* Numer historii choroby
* Ilość i rodzaj
* Numer seryjny wszczepionego sprzętu

**Miejsce na fiszki (nalepki):**

Proszę o uzupełnienie stanu magazynowego oraz o wystawienie faktury VAT za w/w produkt/-ty

***…………………… ………………………………………***

data odbioru sprzętu podpis

**Załącznik nr 8**

**DOTYCZY (ODBIORU) - PROTOKÓŁ ODBIORU TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

****

**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

**Proszę o odbiór sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** | | | | | | | | |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** | | | | | |  |  |  |

***……………………………………………………….***

***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ……………………… ………………..***

***podpis Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………… ………………..***

***podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………… ………………..***

***podpis***

**Załącznik nr 9**

**DOTYCZY ( NAJEM ) - PROTOKÓŁ INSTALACJI I PRZEKAZANIA**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego odbioru dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………

imię i nazwisko

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

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

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :

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

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

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

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

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

**Wykonawca: Zamawiający:**

………..…………………………

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

………..…………………………

up. pracownik Oddziału

**Załącznik nr 10**

**DOTYCZY ( NAJEM ) - PROTOKÓŁ DEINSTALACJI**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

**1. Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego przekazania dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt odbiera:

…………………

imię i nazwisko

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

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

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

**Wykonawca: Zamawiający:**

………..…………………………

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

………..…………………………

up. pracownik Oddziału

1. W systemie e-KRK z konta użytkownika można złożyć „Wniosek o udzielenie informacji o osobie” oraz „Wniosek o wystąpienie z zapytaniem o informację z rejestru karnego państwa obcego” (Wnioski) dotyczące użytkownika, który jest właścicielem konta, z którego Wniosek będzie wysłany. Z konta instytucjonalnego można złożyć: a) „Wniosek o udzielenie informacji o podmiocie zbiorowym”, b) „Wniosek o wystąpienie z zapytaniem o informację z rejestru karnego państwa obcego”, c) „Zapytanie o udzielenie informacji o osobie”, d) „Zapytanie o udzielenie informacji o podmiocie zbiorowym” dotyczące użytkownika, dla którego założono konto, z którego wnioski będą wysyłane. Nie ma możliwości udostępnienia danych osobom trzecim, w tym zamawiającym. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE [↑](#footnote-ref-2)
3. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków [↑](#footnote-ref-3)
4. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę [↑](#footnote-ref-4)
5. *¹ dotyczy: Pakiet:1 poz.4, Pakiet:2 poz.5 ,Pakiet:3poz.8,Pakiet:7poz.10, Pakiet 9poz. 2, Pakiet:10 poz.4,Pakiet:11poz.5,Pakiet: 12 poz.7, Pakiet 16 poz. 10* [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)
7. *dotyczy: Pakiet:1 poz.4, Pakiet:2 poz.5 ,Pakiet:3poz.8,Pakiet:7poz.10, Pakiet 9poz. 2, Pakiet:10 poz.4,Pakiet:11poz.5,Pakiet: 12 poz.7, Pakiet 16 poz. 10* [↑](#footnote-ref-7)
8. *dotyczy: Pakiet:1 poz.4, Pakiet:2 poz.5 ,Pakiet:3poz.8,Pakiet:7poz.10, Pakiet 9poz. 2, Pakiet:10 poz.4,Pakiet:11poz.5,Pakiet: 12 poz.7, Pakiet 16 poz. 10* [↑](#footnote-ref-8)
9. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-9)