# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z PoliklinikąSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 55/Med./2014**

 **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

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

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO POWYŻEJ 134 000 EURO**

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

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

nieposiadająca osobowości prawnej oraz podmioty te występujące wspólnie.

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

 **Zatwierdził:**

 dnia .................2014r. ……................................................

 podpis i pieczęć Kierownika

 Zamawiającego lub osoby upoważnionej

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

 50-981 Wrocław, ul. Weigla 5 ( 4WSKzP SP ZOZ )

[**http://www.4wsk.pl**](http://www.4wsk.pl)

**INFORMACJE OGÓLNE**

* Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca.
* Na podstawie art. 27 ust.1 PZP Zamawiający dopuszcza porozumiewanie się oprócz formy pisemnej również w formie faksu, o ile SIWZ nie stanowi inaczej, z tym jednak zastrzeżeniem, że wnioski, oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje przesłane tą drogą należy jednocześnie potwierdzić pisemnie.
* W sprawach nieuregulowanych w SIWZ pierwszeństwo mają przepisy PZP i aktów wykonawczych do PZP.

**Rozdział I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Zamówienie obejmuje **dostawę sprzętu medycznego.**
2. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert równoważnych (oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wszelkie wymagania Zamawiającego o wszystkich parametrach nie gorszych niż te określone w SIWZ, tzn. takich, które gwarantują zachowanie tych samych norm, parametrów i standardów), jeżeli z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że przedmiot zamówienia określony został poprzez wskazanie znaku towarowego, pochodzenia lub patentu oraz w zakresie wskazanym w art. 30 ust. 1-3 PZP.

Jeżeli Wykonawca powoła się na rozwiązania równoważne to zgodnie z art. 30 ust. 5 PZP, jest zobowiązany wykazać, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi Zamawiającego poprzez załączenie do oferty dokumentów potwierdzających ten stan rzeczy wydanych przez podmioty niezależne np. Ekspertyz Rzeczoznawczych.

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
2. **Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych na całe poszczególne pakiety 1 - 11.**
3. Zamawiający nie przewiduje zamówienia uzupełniającego, o którym mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 PZP.
4. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
5. Przedmiot zamówienia został opisany w rozdziale **V SIWZ** oraz w **załączniku nr 2 i nr 2a**do niniejszej SIWZ.
6. Szczegółowe zasady podpisania, realizacji umowy oraz jej zakończenia zawarte są we wzorze umowy – w **załączniku nr 3 do SIWZ**.

Rozdział II. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca obowiązany jest przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami SIWZ.

1. Każdy Wykonawca (lub podmioty występujące wspólnie) może złożyć tylko jedną ofertę, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Złożenie przez jednego Wykonawcę lub podmioty występujące wspólnie, więcej niż jednej oferty lub oferty zawierającą rozwiązania alternatywne spowoduje jej odrzucenie.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość powierzenia przez Wykonawcę wykonania części lub całości zamówienia podwykonawcom. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w swojej ofercie części zamówienia (zakresu), których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom (załącznik nr 1).
3. Osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnik muszą złożyć podpisy:
4. na wszystkich stronach (zapisanych) oferty,
5. na załącznikach,
6. w miejscach, w których Wykonawca naniósł zmiany.
7. Upoważnienie do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile upoważnienie nie wynika z innych dokumentów dołączonych do oferty (odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej).
8. W przypadku gdy wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.
9. Wymagane dokumenty należy przedstawić w formie oryginałów albo kserokopii.
10. Dla uznania ważności, oferta musi zawierać: wszystkie wymagane w SIWZ dokumenty lub poświadczone za zgodność z oryginałem ich kopie oraz oświadczenia wynikające z jej treści (Rozdz. IV). Poświadczenie musi być opatrzone imienną pieczątką i podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy, datą i opatrzone klauzulą „za zgodność z oryginałem”.
11. Zamawiający zażąda przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez wykonawcę kserokopia dokumentów jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości, a Zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
12. Ofertę należy sporządzić w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności (zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 PZP).
13. Wszystkie dokumenty i oświadczenia oraz inne materiały informacyjne w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone i poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
14. Oferta powinna być sporządzona w formie pisemnej przy użyciu nośników pisma nie ulegającego usunięciu bez pozostawienia śladów.
15. Załączniki do SIWZ stanowią jej integralną część.
16. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę. Poprawki cyfr i liczb należy pisać wyrazami.
17. Do oferty należy załączyć **spis treści.**
18. Wszystkie strony oferty należy ponumerować, trwale spiąć i ostemplować pieczątką firmową lub imienną (dotyczy stron zapisanych oraz wszelkich załączników ).
19. Dokumenty i informacje składane w trakcie postępowania stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w myśl art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (tj. Dz. U. z 2003r. nr 153 poz. 1503 z późn. zm.), które nie mogą być udostępniane - powinny być oznaczone klauzulą: „nie udostępniać innym uczestnikom postępowania informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji” i załączone jako odrębna część nie złączona z ofertą w sposób trwały. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4. PZP.
20. Kopertę należy zaadresować:

**4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ**

50 – 981 WROCŁAW ul. Weigla 5

„Przetarg nieograniczony”

NIE OTWIERAĆ W KANCELARII ”

## Znak sprawy: 55/Med./2014

**„Oferta na dostawę sprzętu medycznego”**

nie otwierać przed dniem **16.09.2014r.** godz. 1100

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

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

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

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

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

Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Za spełnienie wymogu Zamawiający uzna posiadanie przez wykonawcę środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości min**. 494 500,00 zł** (słownie: czterysta dziewiecdzieisat cztery tysiące pięćset złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b PZP). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet -** | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | 45 000,00 |
| **2** | 180 000,00 |
| **3** | 72 500,00 |
| **4** | 50 000,00 |
| **5** | 25 000,00 |
| **6** | 40 000,00 |
| **7** | 42 000,00 |
| **8** | 18 000,00 |
| **9** | 12 000,00 |
| **10** | 7 500,00 |
| **11** | 2 500,00 |

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.225 000,00 zł (45000,00 zł + 180 000,00 zł).

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

Ocena spełniania ww. warunków dokonana zostanie w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w ROZDZIALE IV PKT 1 SIWZ według formuły "spełnia - nie spełnia”.

**ROZDZIAŁ IV. WYKAZ :**

**1. DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIENIE PODMIOTOWYCH WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają odpowiednio przepisy Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. U. z 19 lutego 2013r., poz. 231) zwane dalej Rozporządzeniem.

**1) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia:**

* 1. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**,** sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
	2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji w celu wskazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust 1 pkt. 2 PZP, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
	3. aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	4. aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	5. aktualne informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 –11 PZP wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	6. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5, albo informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SIWZ.

**2) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu:**

1. oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 PZP, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
2. informację banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej potwierdzającą wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy (spełnienie warunku określonego Rozdział III pkt 2 SIWZ) wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

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

**4) Wykonawca może polegać** na zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował środkami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych środków na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia (art. 26 ust. 2b PZP).

**5) Jeżeli z uzasadnionej przyczyny Wykonawca** nie może przedstawić dokumentów, dotyczących sytuacji finansowej i ekonomicznej wymaganych przez Zamawiającego, może przedstawić inny dokument, który w wystarczający sposób potwierdza spełnianie opisanego przez Zamawiającego warunku (art. 26 ust. 2c PZP).

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

1. wymagane oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
2. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt2) i Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie,

**7)** **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. a, f SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. b-e SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

1. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
3. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 – 8, 10 i 11 PZP - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

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

**2. DOKUMENTÓW PRZEDMIOTOWYCH:**

Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Dokładny opis **oferowanego przedmiotu zamówienia**, potwierdzający spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, itp. w języku polskim) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP).

Jednocześnie należy **w Załączniku nr 2a** do SIWZ podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć (np. zakreślaczem) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

1. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn.zm.), Zamawiający **żąda ważnych i aktualnych na dzień otwarcia ofert** dokumentów wskazujących na dopuszczenie do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikującą (jeżeli dotyczy) oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych - Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn.zm.)).
	* Wykonawca zobowiązany jest, aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu

Lub

* + Wykonawca złoży odrębne pismo potwierdzające złożenie wniosku poświadczone przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

***( nie dotyczy pakietów: nr 4 Areator XL do sterylizatora gazowego i nr 11 Osuszacz ziębniczy)***

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

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

1. **POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**
2. Wypełniony bez wyjątku formularz ofertowy stanowiący Załącznik Nr 1 do SIWZ.
3. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit.b. SIWZ.
4. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego:**

Pakiet 1. Miernik monitorowania dawki DAP w aparatach typu Practix – 1 kpl

Pakiet 2. Stół operacyjny Kardiochirurgia – 1 szt.

Pakiet 3. Głowice do USG – 3 szt.

Pakiet 4. Areator XL do sterylizatora gazowego – 1 kpl.

Pakiet 5. Głowica sektorowa do echokardiografii – 2 szt..

Pakiet 6.. System Polisomnograficzny – 1 kpl.

Pakiet 7. Myjnia do dezynfekcji endoskopowej – 1 szt.

Pakiet 8. Holter EKG/Ciśnieniowy – 4 szt.

Pakiet 9. Ssaki operacyjne – 4 szt.

Pakiet 10. Aparat do pomiaru krzepnięcia krwi - hemochron – 1 kpl.

Pakiet 11. Osuszacz ziębniczy – 1 szt.

**Kody CPV: 33111000-1; 33100000-1; 33123200-0; 33168000-5; 33190000-8; 33191000-5; 33192230-3**

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **do 6 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

Sekcja Sprzętu Medycznego

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

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

**1. Obowiązek wpłaty wadium**

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

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

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

Przystępując do przetargu Wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **18 900,00** **zł** (słownie: osiemnaście tysięcy dziewięćset złotych, 00/100), na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet -** | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | **1700** |
| **2** | **7000** |
| **3** | **2700** |
| **4** | **1700** |
| **5** | **1000** |
| **6** | **1500** |
| **7** | **1600** |
| **8** | **800** |
| **9** | **500** |
| **10** | **300** |
| **11** | **100** |

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **16.09.2014r.** godz. **10:00**

**2.** **Forma wpłaty wadium.**

2.1 Wadium może być wnoszone w następujących formach:

1. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
2. gwarancjach bankowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie),
3. gwarancjach ubezpieczeniowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)
4. lub poręczeniach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy PZP (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
5. przelewem na rachunek Zamawiającego - środki finansowe powinny wpłynąć na konto Zamawiającego do **16.09.2014r.** do godz. **10:00 pod rygorem wykluczenia z postępowania.**

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

**z zaznaczeniem:*,,Wadium w przetargu na dostawę sprzętu medycznego ”****,* ***znak sprawy: 55/Med./2014”***

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

2.2 Do oferty należy dołączyć oryginał dowodu wpłaty wadium (przelew) lub wygenerowane elektroniczne potwierdzenie wykonania przelewu (dokument sporządzony na podstawie art.7 Ustawy Prawo Bankowe (Dz. U. nr 72 z 2002 roku, poz. 665 z późn. zm.) – nie wymagający podpisu ani stempla).

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

**UWAGA!**

**W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet w formie gwarancji ubezpieczeniowej lub bankowej, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)Złożenie dokumentu wadialnego w innym miejscu i błędnej formie może spowodować zastosowanie sankcji wynikającej z art. 24 ust. 2 pkt. 2 ustawy PZP.**

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

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

**ICH OCENY**

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

Przy wyborze oferty Zamawiający kierował się będzie jednym kryterium – **cena (cena brutto pakietu).**Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana ofertą z najniższą ceną.

Cena oferty zostanie przeliczona na wartości punktowe, uwzględniając wagę kryterium cena = 100% i stosując wzór:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

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

Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta:

* odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w PZP,
* jest zgodna z treścią SIWZ,
* została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane kryterium wyboru.

**Rozdział IX. ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

Przedmiotowo istotne elementy umowy (essentialia negotii) związane ze sposobem realizacji zamówienia, warunkami umowy zawiera **Załącznik 3,** w którym zaleca się wypełnić wszystkie miejsca wykropkowane z wyjątkiem numeru umowy, daty jej zawarcia oraz dołączyć go do oferty. **Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.**

Oprócz przesłanek wymienionych w art. 144 ust. 1 PZP Zamawiający przewiduje następujący zakres zmian w umowie, które będą mogły być wprowadzone w formie aneksu:

1. Wszystkie wartości netto określone przez Wykonawcę są ustalone na okres ważności umowy i nie wzrosną. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu w przypadku, gdy wartości netto przedmiotu umowy obniżą się, przy czym konsekwencje rachunkowe stosuje się odpowiednio.
2. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa. Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów umowy w formie aneksu w przypadku zmiany stawki podatku VAT. W przypadku zmiany stawki VAT, zmianie ulegnie kwota podatku VAT i cena ( wartość) brutto umowy/pakietu, a cena ( wartość netto) pozostanie niezmienna. Zamawiający będzie realizował zamówienie tylko do wysokości brutto umowy/pakietu.
3. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji.
4. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu, jeżeli zmiany będą konieczne i korzystne dla Zamawiającego. Za zmiany korzystne należy uznać wszelkiego rodzaju nowe postanowienia, które wzmacniają pozycję zamawiającego jako wierzyciela z tytułu świadczenia niepieniężnego (np. wydłużenie okresu rękojmi, skrócenie terminu wykonania zamówienia, obniżenie ceny, podwyższenie kar umownych), oraz te zmiany, które prowadzą do wzmocnienia jego pozycji jako dłużnika z tytułu świadczenia pieniężnego (np. wydłużenie terminu zapłaty, obniżenie odsetek za zwłokę, obniżenie wskaźników waloryzacyjnych).

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

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

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

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

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

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

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w Rozdziale I niniejszej SIWZ oraz opatrzonych wyraźną uwagą „**NIE OTWIERAĆ W KANCELARII”** należy złożyć do dnia **16.09.2014r** do godz. **10:00** w **4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ Wrocław, ul. Weigla 5 – budynek WYDZIAŁU ADMINISTRACJI OGÓLNEJ pok. nr 18.**

2. Oferta powinna być złożona w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.

3. Jeżeli oferta zostanie złożona w inny sposób niż wyżej opisany, Zamawiający nie bierze odpowiedzialności za nieprawidłowe skierowanie (skutkujące możliwością niedochowania terminu do składania ofert) czy przedwczesne lub przypadkowe jej otwarcie.

4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy zgodnie z art. 84 ust. 2 PZP.

**Przedłużenie terminu składania ofert dopuszczalne jest tylko przed jego upływem.**

**Rozdział XII. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SPECYFIKACJI ISTOTNYCHWARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

* + - 1. Zamawiający nie zamierza zwołać zebrania Wykonawców.
			2. Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ zgodnie z art. 38 PZP.
			3. Do kontaktu z Wykonawcami (od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Zamawiającego 7:30 – 15:00) w sprawach jw. upoważnione są tylko niżej wymienione osoby i tylko pod podanymi numerami telefonów i faksów:
* **Wiesław Król; Bartosz Lisowski** tel. (71) 7660 128 (468),Sekcja Sprzetu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Agnieszka Stanisławska** tel. (71) 7660 604, 7660 550 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax:** (71) 7660 119 - Sekcja Zamówień Publicznych.

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

**Rozdział XIII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN**

 **W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający może w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmodyfikować treść SIWZ. Dokonane w ten sposób uzupełnienie stanie się częścią SIWZ i będzie wiążące dla Wykonawców. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert, z zastrzeżeniem art. 12a PZP, jeżeli w wyniku modyfikacji treści SIWZ niezbędny jest dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania Wykonawcy i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

**Rozdział XIV. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

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

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

1. **Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Przetargowej, które odbędzie się w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu,
ul. Weigla 5 w Sali Odpraw (budynek Logistyki) w dniu 16.09.2014r. o godz. 11:00. Otwarcie ofert jest jawne**.
2. W trakcie otwarcia ofert zostaną ogłoszone co najmniej:

- kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia

- nazwa i adres Wykonawcy, którego oferta jest otwierana,

- cena oferty, termin wykonania zamówienia,

 - okres ważności warunki płatności zawarte w ofercie.

**Rozdział XVI. SPOSÓB OCENY OFERT**

1. Po zakończeniu części jawnej – Zamawiający dokona wstępnej weryfikacji ofert, które
części są jawne i mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. W dalszej części dokona badania ofert.
2. W pierwszym etapie postępowania Komisja Przetargowa powołana przez Zamawiającego bada czy Wykonawcy nie podlegają wykluczeniu (nie złożyli wymaganych dokumentów podmiotowych i oświadczeń z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 i 4 PZP). Następnie Komisja sprawdza oferty Wykonawców niewykluczonych i odrzuca oferty nie spełniające wymagań i warunków określonych w SIWZ. Komisja dokona oceny i wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert nieodrzuconych, zgodnie z kryterium określonym w rozdziale VIII.
3. W celu ustalenia czy oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny Zamawiający może się zwrócić do Wykonawcy o udzielenie wyjaśnień w określonym przez niego terminie.
4. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 PZP.
5. Oferta może zostać odrzucona na podstawie art. 89 PZP z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 PZP

**Rozdział XVII. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający jednocześnie zawiadamia wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

* wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, siedzibę albo adres zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację (powyższą informację Zamawiający umieszcza również na swojej stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie),
* wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne,
* wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
* terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 PZP, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.
1. Po uprawomocnieniu wyniku postępowania Zamawiający wezwie Wykonawcę do podpisania umowy.

 **Rozdział XVIII. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

Środki ochrony prawnej przysługują wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy. W postępowaniach których wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w art. 11 ust. 8 PZP, zastosowanie mają przepisy art. 180 ust.2 PZP.

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej lub elektronicznej w terminach i na zasadach określonych w art. 182 PZP. Kopię treści odwołania należy przesłać Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania.

**Rozdział XIX. JAWNOŚĆ POSTĘPOWANIA**

1. Dokumentacja postępowania zostanie udostępniona wykonawcom w trybie przewidzianym w art. 96 PZP.
2. Zamawiający udostępni wskazane dokumenty na pisemny wniosek.
3. Zamawiający wyznacza termin, miejsce oraz zakres udostępnionych dokumentów

 i informacji oraz osobę przy której obecności dokonana zostanie czynność przeglądania

**Załączniki do SIWZ, które Wykonawca jest zobowiązany złożyć w ofercie:**

1. *Formularz ofertowy-* ***załącznik nr 1***
2. *Zestawienie asortymentowo – cenowe -* ***załącznik nr 2***
3. Parametry bezwzględnie wymagane – ***załącznik nr 2a***
4. Wzór umowy; Protokół instalacji i przekazania/Protokół zdawczo-odbiorczy - ***załącznik nr 3 ( zaleca się )***
5. *Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału (art. 44 PZP) oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania (wzór ) –* ***załącznik nr 4***
6. *Oświadczenie o przynależności do grup kapitałowych – (wzór) - z****ałącznik nr 5***

**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką –

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

**OFERTA**

**Nawiązując do przetargu nieograniczonego na:**

***Dostawę sprzętu medycznego; 55/Med./2014,***

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

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

**Pakiet ( 1 – 11)\***

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

**Pakiet nr 1\***

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

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

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **60 dni**
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\*

( \**właściwe podkreślić)*,

1. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
2. zapewniamy autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego ( potwierdzony odpowiednimi dokumentami, które zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy) oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) załączymy do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika
3. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (**załącznik Nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. akceptujemy zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia: protokół instalacji i przekazania/protokół zdawczo - odbiorczy **(załącznik nr 3)**
6. **Wadium w kwocie ......................... zł zostało wniesione w dniu ................... w formie ...........................................................................................................................................**
7. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
8. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto****[zł]**  | **Cena brutto****[zł]**  | **Nazwa producenta/****Nazwa handlowa/****numer katalogowy/** |
|  **1.** | Miernik monitorowania dawki DAP w aparatach typu Practix  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **2.** | Stół operacyjny Kardiochirurgia  | 1 szt. |  |  |  |  |
| **3.** | Głowice do USG I | 1 szt |  |  |  |  |
| Głowic do USG II | 1 szt. |  |  |  |  |
| Głowica do USG III | 1 szt. |  |  |  |  |
| **4.** | Areator XL do sterylizatora gazowego | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **5.** | Głowica sektorowa do echokardiografii I | 1 szt. |  |  |  |  |
| Głowica sektorowa do echokardiografii II | 1 szt |  |  |  |  |
| **6.** | System Polisomnograficzny | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **7.** | Myjnia do dezynfekcji endoskopowej | 1 szt |  |  |  |  |
| **8.** | Holter EKG/Ciśnieniowy | 4szt. |  |  |  |  |
| **9.** | Ssaki operacyjne | 4szt |  |  |  |  |
| **10.** | Aparat do pomiaru krzepnięcia krwi - hemochron | 1 kpl |  |  |  |  |
| **11.** | Osuszacz ziębniczy | 1 szt |  |  |  |  |

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2a**

**PARAMETRY BEZWZGLĘDNIE WYMAGANE**

**Pakiet 1. Miernik monitorowania dawki DAP w aparatach typu Praktix – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Miernik monitorowania dawki DAP w aparatach typu Praktix** |  |  |
|  | Miernik monitorujący dawkę pacjenta DAP kompatybilny z posiadanym aparatem Practix 33Plus firmy Philips | TAK |  |
|  | Okrągła komora jonizująca | TAK  |  |
|  | Zewnętrzny wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Zasilacz | TAK  |  |
|  | Montaż w aparacie RTG Practix 33Plus firmy Philips wraz z ewentualnym niezbędnym oprogramowaniem | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 2. Stół operacyjny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Stół operacyjny** |  |  |
| 1. | Stół - system operacyjny, sterowany elektromechanicznie składający się z kolumny ; wymiennego blatu min. 6 segmentowego (podgłówekz wypiętrzeniem, oparcie pleców dzielone składające się z dwóch modułów, siedzisko, podnóżki dzielone) oraz wózka do przemieszczania blatów. | TAK |  |
| 2. | Kolumna ruchoma (przemieszczana za pomocą wózka do transportu blatów) na płaskiej podstawie o maksymalnej wysokości 25 mm, wykonana w całości ze stali nierdzewnej, pokrytej nieprzepuszczalną, nie odbijającą powłoką elektrolityczną zapewniającą zwiększoną ochronę przed czynnikami utleniającymi, pokryta na brzegu gumą uszczelniającą zapobiegającą przenikaniem płynów. Możliwość najazdu na kolumnę wózkiem do transportu blatu z 4 stron (wózkami bocznymi z dwóch stron - lewa, prawa; wózkami z najazdem wzdłużnym - od strony głowy i nóg pacjenta). | TAK |  |
| 3. | Elektromechaniczna regulacja wysokości (bez materacy) poz. dolna max. 600 m | TAK |  |
| 4. | Elektromechaniczna regulacja wysokości (bez materacy) poz. górna min. 1120mm (± 20mm) | TAK |  |
| 5. | Elektromechaniczna regulacja przechyłów bocznych min. 350/350 | TAK |  |
| 6. | Elektromechaniczna regulacja pozycji Trendelenburga min. 550 | TAK |  |
| 7. | Elektromechaniczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga min. 550 | TAK |  |
| 8 | Wbudowany w kolumnę stołu od strony głowy pacjenta wyświetlacz wskazujący:- aktualny stan naładowania baterii - pozycję stołu- typ blatu i aktualnie wykonywane ruchy- informacje o ewentualnych usterkach systemu  | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania w pamięci minimum 30 różnych pozycji stołu ustalanych wcześniej i w razie konieczności uruchamianie ich za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego lub panelu sterowania na kolumnie stołu. | TAK |  |
|  | Sterownie funkcjami stołu za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego oraz dodatkowego panelu kontrolnego wbudowanego w kolumnę stołu. | TAK |  |
|  | Możliwość awaryjnego sterowania wszystkimi funkcjami stołu przy pomocy panelu sterującego umieszczonego:- na kolumnie stołu od strony głowy pacjenta w celu zapewnienia wygodnego dostępu do niego z obu stron stołu i uniknięcia przypadkowych ruchów spowodowanych niezamierzoną aktywacją.  | TAK |  |
|  | Panel sterujący wyposażony między innymi w:- przycisk samopoziomujący (przycisk „0”);- przycisk rozpoznawania urządzenia kontrolnego, pomagający szybko znaleźć bezprzewodowe urządzenie kontrolne na sali operacyjnej. | TAK |  |
|  | Pełna kompatybilność stołu ze zintegrowanymi systemami sal operacyjnych wiodących producentów. | TAK |  |
|  | Kolumna stołu wyposażona w następujące systemy oprogramowania: - system oprogramowania pozwalający na automatyczne rozpoznanie, bez naciskania żadnego przycisku, położenia blatu na kolumniei ustawień kątów ruchów, a także uruchomienie systemu antykolizyjnego;- system oprogramowania rozpoznający akcesoria i segmenty blatui pozwalający na uniknięcie wypadków w przypadku nieprawidłowego ustawienia. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w dodatkowe akumulatory umożliwiające sterowanie stołem w razie zaniku napięcia podstawowego. W celu zmniejszenia zużycia akumulatorów, stół wyposażonyw programowalny tryb czuwania w przypadku dłuższego braku ruchu. | TAK |  |
|  | Konstrukcja blatu stołu wykonana w całości ze stali nierdzewnej za wyjątkiem elementów takich jak: tuleje, zawiasy, przeguby. | TAK |  |
|  | Blat przenikalny dla promieni RTG na całej długości z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C. | TAK |  |
|  | Blat stołu wyposażony w materace przeciwodleżynowe o grubości min. 60 mm (dokument potwierdzający przeciwodleżynowe właściwości materacy dołączony do oferty), antystatyczne, bezszwowe, odporne na środki dezynfekcyjne, bez rzepów. | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita blatu 595mm (+/- 15mm) |  |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja podnóżków - dwóch jednocześnie lub pojedynczo: góra +900 ( +/- 20 ), dół -900 ( +/- 20 ) | TAK |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja przesuwu wzdłużnego blatu min. 470mm | TAK |  |
|  | Regulacja oparcia pleców: sterowana elektromechanicznie w zakresie min.: od + 850 (+/- 50) do - 450 (+/- 50) | TAK |  |
|  | Podgłówek z listwami bocznymi do mocowania wyposażenia i funkcją dodatkowego wypiętrzenia z regulacją w dwóch płaszczyznach:-pozycji góra/dół za pomocą mechanizmu sprężynowo – zapadkowego, -wypiętrzenia (regulacja wypiętrzenia za pomocą mechanizmu śrubowego lub innego równoważnego rozwiązania). | TAK |  |
|  | Blat stołu posiadający możliwość dodawania lub odejmowania segmentów minimum 1, maksymalnie 9, pozwalający na ustawienie pacjenta w najbardziej odpowiedniej pozycji.Wszystkie segmenty blatu posiadają ten sam system mocowania. | TAK |  |
|  | Powierzchnie stołu łatwe do czyszczenia i dezynfekcji. Możliwość mycia blatu oraz wózka transportowego w myjni automatycznej.  | TAK |  |
|  | Osiąganie maksymalnych przechyłów Trendelenburga i anty-Trendelenburga przy maksymalnym przechyle bocznym. | TAK |  |
|  | Wyposażenie stołu:Kolumna (podstawa) przemieszczana za pomocą wózków do transportu blatów – szt.1.Wózki do transferu blatu (wózki z najazdem bocznym z hydrauliczną regulacją wysokości w zakresie 520 do 740 mm (+/- 15 mm); regulacja pozycji Trendelenburga +/- 200 (+/- 20 ); regulacja pozycji anty-Trendelenburga +/- 200 (+/- 20 ); - 1 szt.; dodatkowe opuszczane piąte koło ułatwiające manewrowanie wózkiem aktywowane pedałem nożnym.Blat uniwersalny (min. 6 segmentowy) – 1 szt. | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | TAK |  |
|  | - pilot bezprzewodowy (z ładowarką) – 1 szt.- pilot przewodowy – 1 szt.- podpórka ręki z możliwością przechyłów wzdłużnych i bocznych, regulacja wysokości zwalniana dźwignią obsługiwaną jedną ręką – 1 kpl- podpory boczne pacjenta wraz z uchwytami mocującymi - 1 kpl.- ramka ekranu z uchwytami mocującymi - 1 kpl.- wieszak kroplówki z uchwytem mocującym – 1 kpl.- stolik do operacji ręki (350 x 900mm) mocowany do blatu z podporą teleskopową, przezierny dla promieni RTG – 1 szt.- pas stabilizujący przedramienia z uchwytem mocującym do blatu– 4szt.- wózek na wyposażenie- 1 szt. | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 3. Głowice do USG – 3 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Głowica do USG I** |  |  |
| 1. | Głowica ultradźwiękowa – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowe wiązki w dwóch płaszczyznach. | TAK |  |
| 2. | Głowica elektroniczna typu Convex, szerokopasmowa ze zmianą częstotliwości pracy, do posiadanego przez szpital Aparatu USG AVIUS. | TAK |  |
| 3. | Zakres częstotliwości pracy od 1,0 do 5,0 MHz | TAK |  |
| 4. | Kąt obrazowania min. 70 stopni. | TAK |  |
| 5. | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości. | TAK |  |
| 6. | Pełne oprogramowanie do badań brzusznych, położniczych, ginekologicznych. | TAK |  |
|  | **Głowica do USG II** |  |  |
| 1. | Głowica ultradźwiękowa – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowe wiązki w dwóch płaszczyznach | TAK |  |
| 2. | Głowica elektroniczna Liniowa, szerokopasmowa ze zmianą częstotliwości pracy, do posiadanego przez szpital Aparatu USG AVIUS | TAK |  |
| 3. | Zakres częstotliwości pracy od 4,0 do 9,0 MHz | TAK |  |
| 4. | Szerokość pola skanowania max.40mm | TAK |  |
| 5. | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |
| 6. | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |
| 7. | Pełne oprogramowanie do badań małych narządów, naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych.  | TAK |  |
|  | **Głowica do USG III** |  |  |
| 1. | Głowica ultradźwiękowa – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowe wiązki w dwóch płaszczyznach. | TAK |  |
| 2. | Głowica elektroniczna śródoperacyjna typu Convex, szerokopasmowa ze zmianą częstotliwości pracy, do posiadanego przez szpital Aparatu USG AVIUS. | TAK |  |
| 3. | Zakres częstotliwości pracy: co najmniej od 5,0 do 10,0 MHz. | TAK |  |
| 4. | Kąt obrazowania min. 60 stopni. | TAK |  |
| 5. | Pełne oprogramowanie do badań śródoperacyjnych. | TAK |  |
| 6. | Szerokość skanu 40mm | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 4. Areator XL do sterylizatora gazowego – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Areator XL do sterylizatora gazowego** |  |  |
|  | Komora do degazacji sprzętu po sterylizacji tlenkiem etylenu | TAK |  |
|  | Producent oferowanego aeratora jest producentem sterylizatorów oraz urządzeń do katalitycznego spalania tlenku etylenu | TAK |  |
|  | Wyświetlacz danych dotyczących procesu aeracji - ciekłokrystaliczny | TAK |  |
|  | Możliwość manualnego nastawienia czasu degazacji na żądany okres do 100 godzin wraz z możliwością obserwacji czasu degazacji na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Pojemność komory aeracyjnej max. 146 litrów | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne max 64x78x92 | TAK |  |
|  | Komora – wewnętrzne max 42x47x85 cm | TAK |  |
|  | Waga netto max. 110 kg | TAK |  |
|  | Temperatura cykli degazacyjnych 37 stopni C, 55 stopni C | TAK |  |
|  | Mechaniczna blokada drzwi uniemożliwiająca gwałtowne otwarcie drzwi | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 5. Głowica sektorowa do echokardiografii – 2 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Głowica sektorowa do echokardiografii I** |  |  |
|  | Sektorowa, elektroniczna, wieloczęstotliwościowa głowica do badań kardiologicznych typu 3S do posiadanego przez Szpital Echokardiografu Vivid 7Pro, o zakresie częstotliwości obrazowania 2D obejmującym przedział 1,6 – 3,5 MHz. | TAK |  |
|  | Głębokość obrazowania ≤ 30 cm (do 30 cm). | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazóww trybach 2D/kolor doppler/pw-doppler (triplex). | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazóww trybach 2D/kolor doppler/cw-doppler (triplex). | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej. | TAK |  |
|  | Kąt pola obrazowania ≤ 90º (do 90 stopni). | TAK |  |
|  | **Głowica sektorowa do echokardiografii II** |  |  |
| 1. | Sektorowa, elektroniczna, wieloczęstotliwościowa głowica do badań kardiologicznych typu M5S-D do posiadanego przez Szpital Echokardiografu Vivid E9, wykonana w technice wielorzędowej (matrycowej) o zakresie częstotliwości obrazowania 2D obejmującym przedział 1,6 – 4,0 MHz. | TAK |  |
| 2. | Głębokość obrazowania ≤ 30 cm (do 30 cm). | TAK |  |
| 3. | Jednoczesne obrazowanie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazóww trybach 2D/kolor doppler/pw-doppler (triplex). | TAK |  |
| 4. | Jednoczesne obrazowanie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazóww trybach 2D/kolor doppler/cw-doppler (triplex). | TAK |  |
| 5. | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej. | TAK |  |
| 6. | Kąt pola obrazowania ≤ 120º (do 120 stopni). | TAK |  |
| 7. | Ilość kryształów w głowicy > 180. | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 6. System Polisomnograficzny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **System Polisomnograficzny** |  |  |
| 1 | Rejestracja przepływu powietrza przez górne drogi oddechowe przy zastosowaniu kaniuli nosowej i termistora. | TAK |  |
| 2 | Zintegrowany z głowicą pomiarową przetwornik ciśnienia wykonany ze stali nierdzewnej, który umożliwia pomiar przepływu powietrzai chrapania przez kaniulę nosową lub ciśnienie w masce podczas kontroli aparatem CPAP. | TAK |  |
| 3 | Możliwość podłączenia zewnętrznego mikrofonu rejestrującego dźwięki (np. chrapania). | TAK |  |
| 4 | Kodowanie kanałów różnymi kolorami ułatwiające pracę z aparatem. | TAK |  |
| 5 | Wysiłek oddechowy klatki piersiowej i brzucha mierzony dwoma pasami - czujnikami indukcyjnym RIP (Respiratory Inductive Plethysomgraphy) zgodnymi z najnowszymi zaleceniami AASM.  |  |  |
| 6 | Przetwarzanie, wyświetlanie i analizowanie dodatkowego, zastępczego sygnału przepływu „Flow”, przydatnego przy braku/przerwie w rejestracji sygnału przypływu powietrza z kaniuli lub termistora. Zastępczy sygnał flow wyliczany z różnicy przesunięcia fazowego między pasem mierzącym ruchy klatki piersiowej, a pasem mierzącym ruchy brzucha. | TAK |  |
| 7 | Przetwarzanie i wyświetlanie sygnału objętości oddechowej. | TAK |  |
| 8 | Zintegrowany pulsoksymetr, który umożliwia rejestrację wysycenia krwi tlenem, pulsu, sygnału plethysomography oraz umożliwiający analizę autonomicznych wybudzeń. | TAK |  |
| 9 | Rejestracja chrapania za pomocą kaniuli. | TAK |  |
| 10 | Rejestracja pozycji ciała (5 pozycji). | TAK |  |
| 11 | Rejestracja aktywności ruchowej pacjenta | TAK |  |
| 12 | Rejestracja "zdarzeń pacjenta" wyzwalanych przez naciśnięcie przycisku na obudowie urządzenia. | TAK |  |
| 13 | Rejestracja minimum 6 kanałów EEG (C3, C4, F3, F4, O1, O2, M1, M2), 2 kanałów EOG (EOG1, EOG2), 3 kanałów EMG z podbródka (ChinL, ChinC, ChinR), 2 kanałów ruchów nóg (Right Leg, Left Leg), 1 kanału EKG. | TAK |  |
| 14 | Rejestracja, co najmniej jednego kanału do zewnętrznych urządzeń DC jak: pH metr, kapnograf, itp. | TAK |  |
| 15 | Możliwość automatycznego sprawdzenia impedancji i kalibracji czujników na początku badania. | TAK |  |
| 16 | Waga rejestratora rejestrującego wszystkie kanały pełnej polisomnografii max. 270 gramów wraz z bateriami. | TAK |  |
| 17 | Pojemność pamięci rejestratora: minimum 2000 MB. | TAK |  |
| 18 | Możliwość rozpoczęcia badania przez pacjenta poprzez naciśnięcie przycisku na obudowie urządzenia. | TAK |  |
| 19 | Kolorowy wyświetlacz OLED. | TAK |  |
| 20 | Możliwość wyświetlania na ekranie urządzenia danych pacjenta, informacji o jakości rejestrowanych sygnałów (w procentach), wykresów sygnałów takich jak ruchy klatki i brzucha, fala tętna, przepływ powietrza, EEG, EKG, EMG, EOG, urządzeń zewnętrznych (np. kapnograf), wartości saturacji i pulsu. |  |  |
| 21 | Wyświetlanie na ekranie urządzenia informacji o czasie pozostałym do rozpoczęcia zaprogramowanego badania, czasie rejestrowanego badania (w trakcie badania). | TAK |  |
| 22 | Wyświetlanie na ekranie dokładnego napięcia baterii, ilości pozostałej pamięci. | TAK |  |
| 23 | Możliwość zaprogramowania automatycznego startu urządzenia po wykryciu prawidłowego sygnału z pulsoksymetru, lub ruchów klatki piersiowej, lub brzucha. | TAK |  |
| 24 | Możliwość automatycznego zatrzymania badania po zdjęciu wszystkich czujników. | TAK |  |
| 25 | Możliwość bezprzewodowej komunikacji z komputerem za pomocą bluetooth. | TAK |  |
| 26 | Bezpośrednie połączenie z komputerem za pomocą standardowego kabla USB-MINI USB. | TAK |  |
| 27 | Możliwość podglądu na ekranie komputera (tzw. tryb preview) działania podłączonych czujników bez rozpoczynania rejestracji. | TAK |  |
| 28 | Zestaw zawiera komplet czujników niezbędnych do podłączenia pełnej polisomnografii oraz do wykonania minimum 50 badań. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie medyczne do rejestracji i przeglądania sygnałów polisomnograficznych oraz ich automatycznej i ręcznej analizy. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego wykrywania ograniczenia przepływu powietrza FL do diagnostyki UARS - wzmożenia oporności górnych dróg oddechowych. | TAK |  |
|  | Analiza HRV, wybudzeń, PLM, zaburzeń oddychania, wszystkich odprowadzeń EEG, EOG, EMG. | TAK |  |
|  | Pomiar synału PTT “Pulse Transit Time”. | TAK |  |
|  | Analiza i przetwarzanie sygnału Pleth – fali tętna oraz analiza przebudzeń na ich podstawie. |  |  |
|  | Możliwość eksportu danych bezpośrednio przez ftp drogą internetową. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie musi być zgodne z rekomendacją Amerykańskiej Akademii Badań nad Snem z 2007r (CMS i American Academy of Sleep Medicine AASM) -dotyczy oznaczeń analizy snu. | TAK |  |
|  | Możliwość porównywania analiz wykonywanych przez różnych użytkowników. | TAK |  |
|  | Możliwość skonfigurowania własnego raportu w MS Word w języku Polskim. | TAK |  |
|  | Zarejestrowane sygnały są zachowywane w oryginalnej formie. Analiza lub praca z nimi nie zmienia oryginalnych danych, umożliwiając pracęz danymi przez różnych użytkowników. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznej analizy i rozpoznania oddechu Cheyne-Stokesa. | TAK |  |
|  | Zgodność urządzenia i oprogramowania z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczącego rozpoznawania i leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu (ZOCS) u dorosłych. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja z komputerem za pomocą Bluetooth. |  |  |
|  | Dodatkowy moduł umożliwiający podłączenie min. 6 kanałów DC, kanału pneumotachografii, dodatkowego urządzenia (CPAP, VPAP),z wbudowanym czujnikiem światła, z którego dane będą wyświetlane na ekranie komputera podczas badania online lub zachowywane w pamięci rejestratora przy badaniu offline. | TAK |  |
|  | Możliwość sprawdzenia na ekranie urządzenia impedancji wszystkich podłączonych czujników EEG, EMG Chin, EMG Leg i EOG w trakcie przygotowywania pacjenta do badania, jak i podczas badania. | TAK |  |
|  | Możliwość obserwacji na ekranie urządzenia wykresów/przebiegów podłączonych czujników, włącznie z elektrodami do EEG, EMG i EOG,w czasie rzeczywistym, zarówno podczas przygotowywania pacjenta do badania, jak i podczas prowadzenia badania polisomnograficznego. | TAK |  |
|  | Komputer w obudowie typu „Tower”, procesor minimum Intel Core i5, pamięć operacyjna minimum 8 GB, dysk twardy o pojemności minimum 1TB, monitor minimum 21 cali o rozdzielczości 1920x1080, zestaw myszka + klawiatura. | TAK |  |
|  | Kamera IP działająca w nocy, zintegrowana z systemem polisomnograficznym, z której obraz będzie wyświetlany bezpośrednio w oprogramowaniu do rejestracji i analizy badania PSG. | TAK |  |
|  | Maski twarzowe i nosowe w różnych rozmiarach określonych przez zamawiającego - 16 sztuk. | TAK |  |
|  | Aparat do miareczkowania, sprzężony z sytemem polisomnograficznym. Dane z aparatu będą wyświetlane w oprogramowaniu polisomnograficznym, oraz będzie możliwa zdalna zmiana parametrów wentylacji poprzez komputer do rejestracji i analizy danych polisomnograficznych. Aparat o następujących trybach i ciśnieniach: CPAP4–20 cm H2O (obniżenie ciśnienia wydechowego w zakresie od 0 do 3 mBar)AutoCPAPAPAP 4–20 cm H2O (obniżenie ciśnienia wydechowego w zakresie od 0 do 3 mBar)Bilevel (S, S/T, T, PAC)EPAP 3–25 cm H2O, IPAP 4–30 cm H2OVAutoEPAP 4–25 cm H2O, IPAP 4–25 cm H2OASV and ASVAutoEPAP 4–15 cm H2O, Pressure Support 0–20 cm H2OVAPSEPAP 3–25 cm H2O, Pressure Support 0–27 cm H2O | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 7. Myjnia do dezynfekcji endoskopowej – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Myjnia do dezynfekcji endoskopowej** |  |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do mycia i dezynfekcji chemiczno – termicznej w cyklu automatycznym giętkich endoskopów optycznych i wideoendoskopów. | TAK |  |
|  | Ilość mytych endoskopów – jeden. | TAK |  |
|  | Myjnia zapewniająca mycie i dezynfekcje urządzeń endoskopowych wszystkich producentów a w szczególności: Wideoendoskopów znajdujących się na wyposażeniu szpitala. | TAK |  |
|  | Urządzenie realizujące:-mycie wstępne-mycie zasadnicze -dezynfekcje chemiczno-termiczną -płukanie końcowe – co najmniej 2-krotnie | TAK |  |
|  | Temperatura dezynfekcji max. 60\*C. | TAK |  |
|  | Jednorazowe użycie środków chemicznych. | TAK |  |
|  | Biodegradacja używanych płynów(dołączyć stosowne oświadczenie). | TAK |  |
|  | Monitorowanie przebiegu procesu mycia i dezynfekcji endoskopu. | TAK |  |
|  | Ilość zużywanego środka dezynfekcyjnego na jeden cykl dezynfekcji: max. 80ml. | TAK |  |
|  | Kontrola szczelności endoskopu przez cały proces mycia i dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Samo dezynfekcja myjni. | TAK |  |
|  | Myjnia wykonana ze stali kwasoodpornej. | TAK |  |
|  | Współpraca z elektronicznym systemem dokumentacji procesów dezynfekcji z automatycznym rozpoznawaniem endoskopów i osób (typ, nr fabryczny, nazwisko osób obsługujących procesy) poprzez czytniki elektroniczne umieszczone na każdym endoskopie oraz indywidualnych osobowych kart chipowych z możliwością eksportu raportu po dezynfekcji do systemu archiwizującego badania endoskopowe. | TAK |  |
|  | Całkowity czas procesu mycia i dezynfekcji endoskopu max. 60min. | TAK |  |
|  | Zużycie wody na jeden proces mycia i dezynfekcji endoskopu max.25l. | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne z sieci 3x400V/230V. | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania testu skuteczności dezynfekcji w trakcie trwania procesu mycia i dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Uzdatnianie biologiczne wody przez myjnię do każdego etapu procesu mycia i dezynfekcji lampą UV lub proces termiczny. | TAK |  |
|  | System indywidualnych połączeń pomp tłoczących do gniazd zaworów. | TAK |  |
|  | Elektroniczne monitorowanie żywotności lampy UV poprzez urządzeniez wyświetlaniem komunikatów o żywotności lampy na głównym wyświetlaczu urządzenia. | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 8. Holter EKG/Ciśnieniowy – 4 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Holter EKG/Ciśnieniowy** |  |  |
|  | Jednoczesny pomiar ciśnienia krwi i rejestracja zapisu elektrokardiograficznego przy pomocy tego samego urządzenia rejestrującego. | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną, rejestracja ciśnienia zweryfikowana niezależnie – minimum klasa B/B wg BHS. | TAK |  |
|  | Urządzenia rejestrujące wyposażone w możliwość dodatkowych pomiarów ciśnienia w przypadku obniżenia / podwyższenia odcinka ST bądź tachykardii / bradykardii (nieprawidłowości zapisu EKG). | TAK |  |
|  | Ciągły zapis EKG na 3 kanałach do 48 godz. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zawierające moduł analizy profilu ciśnienia tętniczego (statystyka ABPM). | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zawierające moduł zapisu wahań odcinka ST w trzech kanałach (wartości, nachylenie). | TAK |  |
|  | Detekcja arytmii komorowych i nadkomorowych oaz oznaczenie skurczów arytmicznych odrębnymi kolorami w celu łatwej identyfikacji. | TAK |  |
|  | Detekcja bradykardii, tachykardii oraz pauzy. | TAK |  |
|  | Detekcja par oraz skurczy potrójnych. | TAK |  |
|  | Detekcja bigeminii oraz trigeminii. | TAK |  |
|  | Możliwość reklasyfikacji pojedynczego skurczu lub całej klasy. | TAK |  |
|  | Łączenie dwóch lub większej ilości klas zaburzeń. | TAK |  |
|  | Możliwość oznaczenia zdarzenia użytkownika. | TAK |  |
|  | Możliwość dodawania do raportu wybranych wstęg EKG oraz zdarzeń. | TAK |  |
|  | Prezentacja rozkładu zdarzeń na wykresie słupkowym. | TAK |  |
|  | Synchronizacja przeglądania wartości pomiarów ciśnienia krwiz odpowiadającym im zapisom EKG oraz ST. | TAK |  |
|  | Detekcja ruchu. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zawierające moduł analizy zmienności częstości akcji serca (HRV) w domenie czasowej i częstotliwości. | TAK |  |
|  | Analiza QT. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające prezentację zapisu EKG, graficzne przedstawienie wyników, edycję raportów. Wszystkie moduły oprogramowania w języku polskim. | TAK |  |
|  | Interfejs (kabel łączący) umożliwiający połączenie urządzenia rejestrującego z komputerem PC w celu programowania urządzenia i transmisji danych lub komunikacja bezprzewodowa (Bluetooth). | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe (na wyposażeniu dwa komplety akumulatorów). | TAK |  |
|  | Futerał na urządzenia rejestrujące. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie działające lokalnie lub w sieci. | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja z oprogramowaniem za pomocą BlueTooth w celu sprawdzania jakości sygnału EKG. | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 9. Ssaki operacyjne – 4 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Ssaki operacyjne** |  |  |
| 1 | Ssak przejezdny dwubutlowy , wyposażony w cztery kółka w tym 2z blokadą. | TAK |  |
| 2 | Wydajność ssania min. 38 l/min. | TAK |  |
| 3 | Płynna regulacja podciśnienia w zakresie od 0 do 90 kPa. | TAK |  |
| 4 | Sposób uzyskiwania podciśnienia przy pomocy membranowej pompy ssącej. | TAK |  |
| 5 | Ssak przeznaczony do pracy ciągłej , bez możliwości przegrzania pompy ssącej. | TAK |  |
| 6 | Obudowa wykonana z trwałego materiału. | TAK |  |
| 7 | Możliwość mocowania zbiorników o pojemności od l do 4 (l). | TAK |  |
| 8 | Poziom hałasu < 40 dB. | TAK |  |
| 9 | Nietłukący zbiornik miareczkowany na wydzieliny o poj. 2 l - 2 szt. Przystosowany do sterylizacji w 134 stopniach. | TAK |  |
| 10 | Zbiorniki na wydzieliny wyposażone w zastawki przeciwprzelewowe. | TAK |  |
| 11 | Trzystopniowe zabezpieczenie przeciwprzelewowe. | TAK |  |
| 12 | Możliwość zastosowania wkładów jednorazowego użytku. | TAK |  |
| 13 | Filtry antybakteryjne 1 op ( 20 szt) na każde urządzenie. | TAK |  |
| 14 | Przełącznik między butlami. | TAK |  |
| 15 | Dren silikonowy , autoklawowalny 3 m. | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 10. Aparat do pomiaru aktywnego czasu krzepnięcia (ACT) – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Aparat do pomiaru aktywnego czasu krzepnięcia (ACT)** |  |  |
| 1 | Pomiar ACT, APTT, PT, TT przy użyciu testów probówkowych ze stałym aktywatorem różnych producentów | TAK |  |
| 2 | Pomiar z krwi pełnej | TAK |  |
| 3 | Możliwość wykonywania jednocześnie dwóch niezależnych testów (dwie komory pomiarowe) | TAK |  |
| 4 | Odczyt kodów paskowych przez zewnętrzny skaner | TAK |  |
| 5 | Drukarka termiczna do wydruku wyników, danych pacjenta, itp. | TAK |  |
| 6 | Klawiatura numeryczna do wprowadzania danych pacjenta i obsługi | TAK |  |
| 7 | Baza danych pacjenta do 600 pomiarów – możliwość archiwizacji danych na zewnętrznym komputerze | TAK |  |
| 8 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe, | TAK |  |
| 9 | Wyposażony w min. 2 złącza szeregowe i 1 równoległe | TAK |  |
| 10 | Łącze RS 232 do podłączenia do aparatu płuco-serce firmy Stockert | TAK |  |
| 11 | Duży wyświetlacz LCD pokazujący niezależnie każdy pomiar | TAK |  |
| 12 | Akustyczna i graficzna sygnalizacja komunikatów stanów alarmowych | TAK |  |
| 13 | Elektroniczne samotestowanie i kontrola aparatu warunkująca dokładność pomiarów | TAK |  |
| 14 | Zakres pomiaru 0-1500 sek | TAK |  |
| 15 | Kompatybilny z aparatem Hemochron 401 | TAK |  |
| 16 | Czas nieprzerwanej pracy przy zasilaniu akumulatorowym min 5 h | TAK |  |
| 17 | waga max 3 kg | TAK, podać |  |
| 18 | zasilanie | podać |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet 10. Osuszacz ziębniczy – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

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

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Osuszacz ziębniczy** |  |  |
|  | Sprężarkowy osuszacz powietrza | TAK |  |
|  | Wydajność /m3/h/: 110 | TAK |  |
|  | Moc /kW/: 0,28 | TAK |  |
|  | Przyłącze /cal/: 3,4 | TAK |  |
|  | Ciśnienie: 16 bar  | TAK |  |
|  | Zasilanie: 230 V | TAK |  |

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

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

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 3**

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

**UMOWA nr ………./55/Med./2014**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **…………...2014 r**. we Wrocławiu pomiędzy:

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

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

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

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

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

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego ( zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych t.j. Dz. U. z 2013r.
poz. 907 z późn.zm.) o wartości powyżej 134 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

1. Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę
i montaż ( jeżeli jest konieczny ) w miejscu wskazanym przez Zamawiającego sprzętu medycznego [[1]](#footnote-1):
2. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 1**
3. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 2**
4. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 3**
5. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 4**
6. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 5**
7. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 6**
8. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 7**
9. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 8**
10. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 9**
11. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 10**
12. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 11**

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

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony, zamontowany i odebrany sprzęt zapłaci Wykonawcy cenę obliczoną zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: …………………… zł (słownie: ………………………………...).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **……………………….** zł (słownie: ………………………………………….…).
4. Cena, o której mowa w ust. 3 , obejmuje koszt przedmiotu umowy oraz wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia w tym w szczególności koszty przewozu
i montażu ( jeżeli jest on konieczny ) w siedzibie Zamawiającego orazkoszt gwarancji w tym przeglądów okresowych w okresie gwarancji z częstotliwością zalecaną przez producenta jednak nie mniejszą jak przewidziana w § 5 ust. 3 umowy oraz przeszkolenia personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego).
5. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa.

**§ 3**

**Warunki płatności**

1. Zapłata za dostarczony sprzęt nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury, przelewem na jego konto w banku nr …………………………………
2. Strony ustalają, że płatność za fakturę nastąpi w terminie ………dni (**min. 60 dni)** od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego. Podstawą do wystawienia faktury będzie Protokół instalacji i przekazania / Protokół zdawczo - odbiorczy, który zostanie podpisany po zainstalowaniu i uruchomieniu sprzętu, oklejeniu sprzętu naklejką informacyjną o dacie planowanego pierwszego przeglądu okresowego oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
3. Od należności nieuiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może naliczać odsetki za zwłokę w wysokości określanej na podstawie art. 56 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. – Ordynacja podatkowa( tj. Dz.U. z 2012r.poz.749 z późn.zm.).
4. Za datę zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§ 4**

**Termin i warunki dostarczenia przedmiotu umowy**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i uruchomić przedmiot umowy w terminie **do 6 tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Bartoszem Lisowskim tel. (71) 766 04 68. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru sprzętu w imieniu Zamawiającego są:

1. Wiesław Król
2. Bartosz Lisowski

wraz z Kierownikiem/Ordynatorem właściwego Oddziału.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeżeli Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi, w szczególności w przypadku opóźnienia w dostawie sprzętu o 7 dni; nie dostarczenia sprzętu zastępczego, o którym mowa w §5 ust. 9 oraz
w przypadku nie otrzymania dotacji celowej.
2. Wraz z przekazaniem sprzętu Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem, w tym m. in. instrukcję obsługi
i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi
i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dosłać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia, paszport techniczny, karty gwarancyjne, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy), Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia /Zgłoszenia do Prezesa Urzędu zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. nr 107, poz. 679 z późn.zm.).
3. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia sprzętu przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia go do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
4. Wykonawca realizuje przedmiot umowy własnymi siłami. Potwierdzenie wykonania części przedmiotu umowy innym dostawcom wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, jeżeli jednak Wykonawca zleci wykonanie niektórych czynności innym podmiotom (chociażby za zgodą Zamawiającego), to ponosi on pełną odpowiedzialność za działania innych wykonawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
5. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 68. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w późniejszym terminie jeżeli wystąpi taka konieczność w wymiarze max. 10.godzin w siedzibie Zamawiającego.
6. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie pracowników Warsztatu Naprawy Sprzętu Medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) z zakresu podstawowej konserwacji i obsługi w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 68.

**§ 5**

**Odpowiedzialność za wady towaru**

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości i trwałości dostarczonego sprzętu
i zapewnia, że dostarczone urządzenie będzie wolne od wad, spełniać będzie wszelkie wymagania określone przez Zamawiającego, przez właściwe przepisy
i instytucje oraz będzie najwyższej jakości.
2. Wykonawca udziela gwarancji na okres ……………..miesięcy ( **min.** **24 miesięcy )** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu instalacji i przekazania sporządzonego po zainstalowaniu
i przekazaniu do użytkowania sprzętu oraz przeszkoleniu pracowników Zamawiającego.
3. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzać przeglądy okresowe i konserwację urządzeń min**. 1 raz** w roku ( zgodnie z zaleceniami producenta ). Przed zakończeniem okresu gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić przegląd kończący okres gwarancji oraz wydać pisemne orzeczenie o stanie technicznym urządzenia.
4. Po wykonaniu naprawy, przeglądu okresowego Wykonawca ma obowiązek wystawić raport serwisowy oraz dokonać wpisu w paszporcie technicznym urządzenia wraz
z wyszczególnieniem części zamiennych oraz określeniem czy sprzęt jest sprawny
i nadaje się do dalszej eksploatacji. Po wykonaniu przeglądu okresowego Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia certyfikatu potwierdzającego sprawność urządzeń oraz oklejenia sprzętu naklejką z datą wykonania przeglądu oraz datą jego ważności. Wykonawca ma obowiązek pozostawienia kopi raportu serwisowego u użytkownika oraz przesłania jego skanu na adres e-mail **ssm@4wsk.pl**. Certyfikat potwierdzający sprawność urządzenia winien być przesłany na adres szpitala z dopiskiem „Sekcja Sprzętu Medycznego”.
5. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić naprawy w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta urządzenia.
6. Jeżeli w przypadku ujawnienia się wady w okresie gwarancji Wykonawca dostarczy Zamawiającemu zamiast rzeczy wadliwej rzecz wolną od wad albo dokona istotnych (wartość naprawy przekracza 40% wartości rzeczy) napraw rzeczy objętej gwarancją, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia rzeczy wolnej od wad lub zwrócenia rzeczy naprawionej. W innych wypadkach termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w ciągu którego wskutek wady rzeczy objętej gwarancją Zamawiający nie mógł z niej korzystać.
7. Wybór sposobu usunięcia wady należy do Wykonawcy, który może naprawić rzecz poprzez naprawę lub wymianę uszkodzonej części rzeczy lub wymienić całą rzecz. Termin usunięcia wady strony ustalają na **max.** **5 dni** licząc od daty powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego o wadzie, zgodnie z zapisami ust. 11. Naprawa lub wymiana uszkodzonej części urządzenia w okresie gwarancji następuje w całości na koszt Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest również w ramach gwarancji do odbioru sprzętu z siedziby Zamawiającego, jeżeli wada powinna być usunięta w innym miejscu, niż siedziba Zamawiającego.
8. W wypadku 3 nieskutecznych napraw tego samego podzespołu sprzętu Wykonawca zobowiązany jest wymienić podzespół na nowy.
9. W przypadku awarii przedłużającej się ponad **5 dni** lub wymagającej naprawy w siedzibie serwisu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić urządzenie zastępcze
na czas naprawy (o parametrach określonych niniejszą umową lub wyższych).
10. Zamawiający wskazuje osoby odpowiedzialne i uprawnione do zgłaszania wszelkich awarii sprzętu, uzgodnienia terminu przyjazdu przedstawicieli wykonawcy w ramach serwisu i odbioru wykonanych prac - Sekcja Sprzętu Medycznego:
11. Wiesław Król tel. (71) 7660 128/468; fax 71/ 723 05 96
12. Bartosz Lisowski tel. (71) 7660 468
13. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzony fax. na nr **…………………….**.
14. Adresy punktów serwisowych:

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

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

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

**§ 6**

**Kary umowne**

1. W razie nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę:
2. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku opóźnienia w wykonaniu dostawy, za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu określonego §4 ust. 1 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego,
3. w wysokości 0,15 % ceny brutto wadliwego sprzętu w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii), za każdy dzień opóźnienia,
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto wadliwego sprzętu, w przypadku nie dostarczenia sprzętu zastępczego zgodnie z §5 ust. 9, za każdy dzień opóźnienia,
5. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku nie wykonania planowanego przeglądu okresowego za każdy dzień opóźnienia, licząc od daty planowanego terminu przeglądu do dnia jego wykonania (pierwszy przegląd: max. 12 miesięcy od daty instalacji),
6. w wysokości 5% ceny brutto umowy, od której realizacji odstąpiono w całości lub części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
7. Zamawiający przewiduje możliwość kumulacji kar umownych za to samo przewinienie.
8. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 7**

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Wykonawca nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Art. 54 ust. 5, 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (t.j. Dz. U. 2013 poz. 217 j.t.)) ma zastosowanie.

**§ 8**

**Zmiana umowy.**

1. Zmiana umowy może nastąpić za zgodą obu stron w przypadkach ściśle określonych
w SIWZ w formie aneksu.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej.

**§ 9**

**Postępowanie polubowne.**

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

**§ 10**

**Pozostałe postanowienia.**

1. Niniejsza umowa podlega wyłącznie prawu polskiemu. Strony zgodnie wyłączają stosowanie Konwencji Narodów Zjednoczonych o umowach międzynarodowej sprzedaży towarów. W sprawach nie unormowanych umową oraz do wykładni jej postanowień zastosowanie mają przepisy ustawy z ustawy z dnia 29 stycznia 2004r Prawo zamówień publicznych, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r Kodeks Cywilny oraz innych obowiązujących aktów prawnych.
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta sporządzona i złożona w postępowaniu przetargowym, z tym, że pierwszeństwo mają postanowienia niniejszej umowy, przy czym oferta i SIWZ, jako sporządzone w jednym egzemplarzu, nie stanowią załącznika i znajdują się u Zamawiającego wraz z całą dokumentacją postępowania, którego wynikiem jest niniejsza umowa.

**§ 11**

**Oferta cenowa i zestawienie wymaganych parametrów technicznych**

( stanowiące w SIWZ załącznik nr 2 i 2a )

**§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Wykonawca: Zamawiający:**

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 55/Med./2014, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym umowę wg powyższego wzoru.*

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo

**PROTOKÓŁ INSTALACJI I PRZEKAZANIA / PROTOKÓŁ ZDAWCZO - ODBIORCZY**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego odbioru dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………

imię i nazwisko

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numerseryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :
* instrukcji obsługi i użytkowania w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej
* wykazu autoryzowanych punktów serwisowych
* Kopii Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* Kopii Deklaracji Zgodności wystawioną przez producenta wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* karty gwarancyjnej
* wykaz czynności serwisowych, które mogą byc wykonywane przez uzytkownika samodzielnie, nieskutkujące utratą gwarancji
1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:

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

1. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………

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

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

**Wykonawca: Zamawiający:**

**…………………………..**

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

**……………………………**

up. Pracownik Oddziału

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 55/Med./2014, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym protokół wg powyższego wzoru.*

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny

 lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 4**

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

 (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 44 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn. zm.) oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w  art. 22 ust. 1 ustawy PZP.

Ponadto oświadczamy, że nie ma podstaw do wykluczenia z postępowania w trybie art. 24 PZP.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 5**

 ..............................................                                      ............... dn. ....................

 (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Na podstawie art. 26 ust. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn. zm.) oświadczamy, że należymy / nie należymy[[2]](#footnote-2) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5.

W przypadku przynależności do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 załączamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.

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

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)