Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów

Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie

36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5, woj. podkarpackie

**S P E C Y F I K A C J A I S T O T N Y C H**

**W A R U N K Ó W Z A M Ó W I E N I A**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO** dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie w ramach projektu: „Rozbudowa, przebudowa Pawilonu nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w Górnie wraz z infrastrukturą” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009 – 2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 -2014 oraz środków Powiatu Rzeszowskiego.

Postępowanie prowadzone jest w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2015 poz. 2164) zwanej dalej ustawą Pzp.

Zatwierdzam:

Dyrektor mgr inż. Elżbieta Burzyńska

Górno 2016-07-27

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno, woj. podkarpackie, REGON: 000291747 NIP: 814-00-02-902, tel. (017) 77-28-895, 77-28-896, 77-28-933, fax (017) 77-28-968, email: [zamowienia@gorno.eu](mailto:zamowienia@gorno.eu), <http://www.gorno.eu>, godziny pracy: od poniedziałku do piątku od 7:25 do 15:00.

2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 2164) – zwanej dalej ustawą Pzp.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

3.1. Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego: **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO**.

3.2. Niniejsze zamówienie udzielane jest w ramach projektu: „Rozbudowa, przebudowa Pawilonu nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w Górnie wraz z infrastrukturą” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009 – 2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 -2014 oraz środków Powiatu Rzeszowskiego.

**3.3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Zamawiający nie ogranicza ilości części zamówienia na które Wykonawca może złożyć ofertę. Wykonawca może złożyć ofertę na jedną lub więcej części niniejszego zamówienia.**

**3.4. OPIS CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego, nie noszącego śladów użytkowania sprzętu medycznego. Wszystkie oferowane produkty muszą stanowić wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U.2015 poz. 876) a także posiadać oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim.

Niniejsze zamówienie składa się z 21 części wymienionych poniżej:

**Część 1 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy (szt. 4)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 2A i 2B do SIWZ;

**Część 2 - Poręcze do nauki chodu (szt. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 3A i 3B do SIWZ;

**Część 3 - Wózek do przewożenia leków (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 4A i 4B do SIWZ;

**Część 4 - Wózek wielofunkcyjny (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 5A i 5B do SIWZ;

**Część 5 - Wózek zabiegowy (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 6A i 6B do SIWZ;

**Część 6 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 7A i 7B do SIWZ.

**Część 7 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 8A i 8B do SIWZ.

**Część 8 - Aparat EKG + zestaw (szt. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 9A i 9B do SIWZ.

**Część 9 - Spirometr + zestaw (szt. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 10A i 10B do SIWZ.

**Część 10 - Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem (kpl. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 11A i 11B do SIWZ.

**Część 11 - Zestaw Holter EKG (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 12A i 12B do SIWZ.

**Część 12 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu (szt. 4)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 13A i 13B do SIWZ.

**Część 13 - Laryngoskop (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 14A i 14B do SIWZ.

**Część 14 - Otoskop (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 15A i 15B do SIWZ.

**Część 15 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji (szt. 6)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 16A i 16B do SIWZ.

**Część 16 - Wanna ze zintegrowanym systemem (kpl. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 17A i 17B do SIWZ.

**Część 17 - Meble medyczne**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 18A i 18B do SIWZ.

**Część 18 - Defibrylator (szt. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 19A i 19B do SIWZ.

**Część 19 - Inhalator (szt. 4)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 20A i 20B do SIWZ.

**Część 20 - Urządzenie - system ogrzewania pacjenta (szt. 2)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 21A i 21B do SIWZ.

**Część 21 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej (szt. 1)**

Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 22A i 22B do SIWZ.

**Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):**

33100000

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Zamówienie należy zrealizować w terminie maksymalnym do 30 dni od daty zawarcia umowy.

**5. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW**

5.1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki

dotyczące:

**1)** **posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania**;

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku: Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny na etapie składania ofert. Zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony, jeżeli wykonawca złoży oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**2)** **posiadania wiedzy i doświadczenia,**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku: Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny na etapie składania ofert. Zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony, jeżeli wykonawca złoży oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku: Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny na etapie składania ofert. Zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony, jeżeli wykonawca złoży oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**4) dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku: Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny na etapie składania ofert. Zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony, jeżeli wykonawca złoży oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**5) Sytuacji ekonomicznej i finansowej.**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku: Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny na etapie składania ofert. Zamawiający uzna, że warunek ten jest spełniony, jeżeli wykonawca złoży oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**6. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ NIEPODLEGANIA WYKLUCZENIU NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 1 USTAWY**

**6.1. W zakresie wykazania spełniania przez wykonawcę warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, należy przedłożyć:**

1) oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu,

**6.2. W zakresie potwierdzenia niepodlegania wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy, należy przedłożyć:**

1) oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia,

2) aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postepowaniu o udzielenie zamówienia albo 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 wniosków o dopuszczenie do udziału w postepowaniu o udzielenie zamówienia albo 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 wniosków o dopuszczenie do udziału w postepowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert;

5) aktualną informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert;

6) aktualną informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postepowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert;

7) aktualną informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 10 i 11 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert;

6.3. Wykonawca powołujący się przy wykazywaniu spełniania warunków udziału w postępowaniu na zasoby innych podmiotów, które będą brały udział w realizacji części zamówienia, przedkłada także dokumenty dotyczące tego podmiotu w zakresie wymaganym dla wykonawcy, określonym w pkt 6.2.

6.4. Jeżeli, w przypadku wykonawcy mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5-8, 10 i 11 ustawy Pzp, mają miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wykonawca składa w odniesieniu do nich zaświadczenie właściwego organu sądowego albo administracyjnego miejsca zamieszkania, dotyczące niekaralności tych osób w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 5-8, 10 i 11 ustawy, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert, z tym że w przypadku gdy miejsce zamieszkania tych osób nie wydaje się takich zaświadczeń – zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego miejsca zamieszkania tych osób lub notariuszem.

**6.5 Jeżeli wykonawca ma miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów o których mowa w pkt 6.2.:**

a) pkt 2-4 i 6 – składa dokument wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania potwierdzający, że:

- nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości - wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

- nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo ze uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;

- nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie - wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

b) pkt 5 – składazaświadczenie właściwego organu sadowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert;

c) pkt 7– składazaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 10 -11 ustawy - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w **pkt 6.5. lit a - c,** zastępuje się je dokumentem zawierającym 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.

**6.6. Dokumenty dotyczące przynależności do tej samej grupy kapitałowej:**

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.), albo informacja o tym, że wykonawca nie należy do grupy kapitałowej.

**6.7. W związku z wejściem w życie z dniem 18 kwietnia 2016 r. przepisów tzw. dyrektywy klasycznej**, tj. przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE (Dz. Urz. UE L 94 z 28.03.2014, str. 65, z późn. zm.), uwzględniając zasadę bezpośredniej skuteczności dyrektyw, Zamawiający dopuszcza możliwość niezłożenia wraz z ofertą oświadczeń i dokumentów opisanych w pkt 6 SIWZ i zastąpienia ich wypełnionym Jednolitym Europejskim Dokumentem Zamówienia, zgodnie z rozporządzeniem wykonawczym Komisji Europejskiej UE z dnia 5 stycznia 2016 r. ustanawiającym standardowy formularza jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, który zostanie złożony wraz z ofertą.

Jednolity Europejski Dokument Zamówienia, w przypadku wykorzystania tego formularza i złożenia go wraz z ofertą, należy wypełnić odpowiednio w zakresie i formie związanym z wymaganymi oświadczeniami i dokumentami dotyczącymi stosownych warunków podmiotowych uczestnictwa w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia na potrzeby niniejszego postępowania składa się w formie pisemnej.

Mając na uwadze powyższe Zamawiający informuje, iż:

a) akceptuje oświadczenie własne Wykonawcy składane w postaci Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia według Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2016/7 z dnia 5 stycznia 2016 r. ustanawiającego standardowy formularza jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (Dz. Urz. UE L 3/16); w przypadku nie dołączenia do oferty dokumentów podmiotowych potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw do wykluczenia z postępowania zastosowanie znajduje art. 26 ust. 3 ustawy PZN;

b) w przypadku gdy Wykonawca powołuje się w Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia na dostępność dokumentów w bezpłatnych, ogólnodostępnych bazach danych państw członkowskich Unii Europejskiej, Wykonawca powinien wskazać te bazy danych, aby Zamawiający samodzielnie pobrać te dokumenty;

c) w przypadku gdy Wykonawca powołuje się na dokumenty podmiotowe, będące w posiadaniu Zamawiającego, Wykonawca powinien wnioskować aby Zamawiający uwzględnił te dokumenty;

d) w odniesieniu do Wykonawcy instytucji tzw. self – cleaning, dopuszcza - w sytuacji zaistnienia podstaw wykluczenia Wykonawcy z postępowania - istnieje możliwość przedstawienia przez tego Wykonawcę dowodów na to, że podjął środki wystarczające do wykazania jego rzetelności (w tym że: (1) naprawił szkodę lub zadośćuczynił za doznaną krzywdę, (2) podjął współpracę z organami ścigania; (3) podjął konkretne środki techniczne, kadrowe, organizacyjne, odpowiednie do zapobiegania kolejnym przestępstwom lub nieprawidłowemu postępowaniu); w takim przypadku Zamawiający rozpatrzy dowody wskazane wyżej i dokona ich oceny w świetle przesłanek wykluczenia Wykonawcy określonych w art. 24 ust. 1 pkt 2, 4-11 oraz w ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy PZP.

e) Jednolity Europejski Dokument Zamówienia może zawierać także informacje dotyczące podmiotów trzecich, jeżeli Wykonawcy powołują się na ich zasoby w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

f) Zamawiający zastrzega, iż na dowolnym etapie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego może wezwać Wykonawców w trybie art. 26 ust. 3 ustawy PZP do przedłożenia wszystkich lub niektórych dokumentów potwierdzających, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia odpowiedniego przebiegu postępowania.

g) W przypadku udzielenia zamówienia Wykonawcy wyłonionemu na skutek przeprowadzenia niniejszego postępowania, przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, przekłada on Zamawiającemu dokumenty, o których mowa powyżej.

Ponadto Zamawiający informuje, iż na stronach Urzędu Zamówień Publicznych dostępna jest Instrukcja Wypełniania Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia, z którą w przypadku skorzystania przez Wykonawców z możliwości złożenia tego dokumentu wraz z ofertą zaleca się zapoznać pod adresem:

https://www.uzp.gov.pl/\_\_data/assets/pdf\_file/0014/31361/JEDZ-instrukcja.pdf

**7. INFORMACJA O DOKUMENTACH POTWIERDZAJĄCYCH, ŻE OFEROWANE DOSTAWY, USŁUGI LUB ROBOTY BUDOWLANE ODPOWIADAJĄ OKREŚLONYM WYMAGANIOM**

W zakresie potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają określonym wymaganiom należy przedłożyć:

a) Oświadczenia, że:

1) oferowany asortyment posiada odpowiednie dokumenty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP,

2) wszystkie oferowane produkty stanowią wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U.2015 poz. 876) a także posiadają oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim.

- treść oświadczeń znajduje się na druku oferty, który stanowi załącznik nr 1 do SIWZ.

b) Dla towarów będących wyrobami medycznymi zamawiający wymaga złożenia certyfikatu zgodności wystawionego przez jednostkę notyfikującą lub deklaracji zgodności WE wymaganych ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych w zależności od ich klasyfikacji zgodnie z art. 29. ust. 5. tej ustawy.

c) Dla towarów będących wyrobami medycznymi zamawiający wymaga złożenia dokumentów potwierdzających zgłoszenie wyrobu do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

d) Dla towarów będących wyrobami medycznymi, nie podlegającymi obowiązkowi zgłoszenia do Prezesa Urzędu zamawiający dopuszcza złożenie powiadomienia o wprowadzeniu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyrobu przeznaczonego do używania na tym terytorium.

e) Materiały zawierające szczegółowe opisy, fotografie oferowanych urządzeń.

f) Prawidłowo wypełnione formularze wymagań technicznych, których wzór stanowią załączniki o numerach od 2B do 22B do SIWZ.

**8. INNE DOKUMENTY:**8.1.Pełnomocnictwo do podpisania oferty, jeżeli oferta podpisana zostanie przez inne osoby niż wynika to z dokumentów rejestrowych.8.2.Pełnomocnictwo dla ustanowionego pełnomocnika do reprezentowania wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, jeżeli wykonawcy występują wspólnie.

**9. UWAGI DOTYCZĄCE FORMY SKŁADANYCH DOKUMENTÓW**

9.1. Dokumenty są składane w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.

9.2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku podmiotów, na zasobach których wykonawca polega na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, kopie dokumentów dotyczące odpowiednio wykonawcy lub tych podmiotów są poświadczane za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub te podmioty.

9.3. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

9.4. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia. Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Przepisy dotyczące wykonawcy stosuje się odpowiednio do wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia. Każdy z wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia musi złożyć oświadczenia i dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia.

**10. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI**

10.1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zamawiający i wykonawcy przekazują faksem lub drogą elektroniczną, z zastrzeżeniem ust. 10.2 (zawsze dopuszczalna jest forma pisemna). Numer faksu oraz adres poczty elektronicznej wskazany jest w pkt 1. SIWZ.

10.2. Dokumenty, oświadczenia lub pełnomocnictwa składane na wezwanie zamawiającego, na podstawie art. 26 ust. 3 i ust. 4, art. 87 ust. 1 lub art. 90 ust. 1 ustawy Pzp, wykonawcy składają w formie pisemnej, w terminie wyznaczonym przez zamawiającego. W takim przypadku dokumenty, oświadczenia lub pełnomocnictwa wykonawcy mogą przekazać przed upływem wyznaczonego terminu za pomocą faksu lub drogą elektroniczną, z zastrzeżeniem, że muszą potwierdzić je pisemnie w taki sposób aby dotarły one do zmawiającego w terminie do 3 dni roboczych od upływu wyznaczonego terminu.

Osoby uprawnione do kontaktów z wykonawcami:

W sprawach merytorycznych: Stanisław Zagaja – tel. (17) 77 15 388

W sprawach formalnych: Tomasz Dobosz – tel. (17) 77 15 405.

**11. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

11.1. Zamawiający wymaga wniesienia wadium. Wykonawca jest zobowiązany do wniesienia wadium na każdą z części zamówienia na którą składana jest oferta w następującej wysokości:

Część 1 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy - 30 PLN (słownie: trzydzieści)

Część 2 - Poręcze do nauki chodu - 30 PLN (słownie: trzydzieści)

Część 3 - Wózek do przewożenia leków - 20 PLN (słownie: dwadzieścia)

Część 4 - Wózek wielofunkcyjny - 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt)

Część 5 - Wózek zabiegowy - 25 PLN (słownie: dwadzieścia pięć)

Część 6 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem - 450 PLN (słownie: czterysta pięćdziesiąt)

Część 7 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny - 200 PLN (słownie: dwieście)

Część 8 - Aparat EKG + zestaw - 60 PLN (słownie: sześćdziesiąt)

Część 9 - Spirometr + zestaw - 120 PLN (słownie: sto dwadzieścia)

Część 10 - Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem - 300 PLN (słownie: trzysta)

Część 11 - Zestaw Holter EKG - 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt)

Część 12 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu - 1200 PLN (słownie: jeden tysiąc dwieście)

Część 13 - Laryngoskop - 20 PLN (słownie: dwadzieścia)

Część 14 - Otoskop - 30 PLN (słownie: trzydzieści)

Część 15 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji - 50 PLN (słownie: pięćdziesiąt)

Część 16 - Wanna ze zintegrowanym systemem - 600 PLN (słownie: sześćset)

Część 17 - Meble medyczne - 400 PLN (słownie: czterysta)

Część 18 - Defibrylator - 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt)

Część 19 - Inhalator - 20 PLN (słownie: dwadzieścia)

Część 20 - Urządzenie - system ogrzewania pacjenta - 160 PLN (słownie: sto sześćdziesiąt)

Część 21 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej - 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt)

Wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert.

11.2. Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

a) pieniądzu;

b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej,

z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;

c) gwarancjach bankowych;

d) gwarancjach ubezpieczeniowych;

e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6 b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 275, z późn. zm.). Dokumenty o których mowa w pkt b, c, d, e należy w oryginale złożyć w siedzibie zamawiającego – Sekretariat przed upływem terminu składania ofert. Dopuszcza się by te dokumenty były wpięte do oferty.

11.3. Wadium wnoszone w pieniądzu musi znaleźć się na rachunku bankowym Zamawiającego przed terminem składania ofert. Za datę wniesienia wadium uważa się datę uznania wskazanego rachunku bankowego, tj. datę faktycznego wpływu środków finansowych na podany rachunek bankowy Zamawiającego.

11.4. Wadium wnoszone w pieniądzu wpłaca się przelewem na rachunek bankowy:

82 1540 1144 2114 6215 1151 0001 w Banku Ochrony Środowiska I Oddział w Lublinie z dopiskiem: „**Wadium na dostawę sprzętu medycznego - ozn. ST/DZP/18/2016 – dot. ………………** *(podać część/i na które składana jest oferta)***”**.

11.5. Jeżeli wadium jest wnoszone w pieniądzu prosi się o podanie numeru rachunku bankowego, na który zamawiający ma dokonać zwrot wadium.

11.6. W treści wadium składanego w formie innej niż pieniądz muszą być wyszczególnione okoliczności, w jakich Zamawiający może zatrzymać wadium wraz z odsetkami. Okoliczności te muszą wskazywać sytuacje określone w art. 46 ust. 4a i ust. 5 ustawy Pzp.

11.7. Z powyższego dokumentu powinno ponadto wynikać jednoznacznie, gwarantowanie wypłaty należności w sposób nieodwołalny, bezwarunkowy i na pierwsze żądanie.

11.8. Wadium powinno obejmować cały okres związania ofertą, poczynając od daty składania ofert.

11.9. Wadium wniesione przez jednego z uczestników konsorcjum uważa się za wniesione prawidłowo.

11.10. Zamawiający dokona zwrotu lub zatrzyma wadium zgodnie z zasadami określonymi w art. 46 ustawy.

**12. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

12.1. Wykonawca jest związany ofertą przez okres **60** dni.

12.2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**13. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWYWANIA OFERT**

13.1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Ofertę należy sporządzić na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą czytelną techniką. Zamawiający nie wyraża zgody na złożenie oferty w postaci elektronicznej.

13.2. Wykonawca może złożyć jedną ofertę na każdą z części zamówienia.

13.3. Oferta winna być złożona w zamkniętej i nieprzejrzystej kopercie (opakowaniu) opieczętowanej pieczątką firmową, oznaczonej dokładną nazwą i adresem Wykonawcy, zaadresowanej na Zamawiającego i oznaczonej napisem:

**Oferta w przetargu na dostawę sprzętu medycznego - znak postępowania ST/DZP/18/2015**

Nie otwierać przed dniem **08.09.2016 r. godz. 12:30**

13.4. Wykonawca ponosi wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty niezależnie od wyniku postępowania.

13.5. Wszystkie koszty związane z zapoznaniem się z przedmiotem zamówienia ponosi Wykonawca.

13.6. Treść oferty musi odpowiadać treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

13.7. Wykonawca może, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę.

13.8. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia wykonawca bezwarunkowo akceptuje warunki przetargu określone w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

13.9. Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 Pzp. Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa Wykonawcy powinny zostać przekazane w taki sposób, by Zamawiający mógł z łatwością określić zakres informacji objętych tajemnicą. Brak stosownego zastrzeżenia będzie traktowany jako zgoda na włączenie całości przekazanych dokumentów i danych do dokumentacji postępowania oraz ich ujawnienie na zasadach określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych.

13.10. Oferta musi być kompletna, tzn. musi zawierać następujące elementy:

1) Pełna nazwa, dokładny adres wykonawcy, ponadto prosi się by w ofercie zamieścić numer NIP, REGON, telefonu, faksu, e-mail, adres strony internetowej.

2) Prawidłowo wypełnione: **Formularz ofertowy** (załącznik nr 1 do SIWZ), **Formularze cenowe** (załączniki o numerach od 2A do 22A do SIWZ) wraz z **Formularzami** **wymagań technicznych** (załączniki o numerach od 2B do 22B do SIWZ) - w zależności od wyboru zadań.

3) Oświadczenia i dokumenty wymienione w pkt 6 - 8 siwz.

4) (jeżeli jest konieczne) Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy powinno być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych do oferty. Pełnomocnictwo dołączone do oferty winno być złożone w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie.

13.11. Zamawiający żąda wskazania przez wykonawcę części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy. Zamawiający żąda podania przez wykonawcę nazw (firm) podwykonawców, na których zasoby wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.

13.12. Prosi się by wykonawca nie dokonywał żadnych zmian dotyczących treści we wzorach wymaganych formularzy i załączników. Każda poprawka lub zmiana treści oferty musi być parafowana przez Wykonawcę i opatrzona datą jej dokonania.

13.13. Oferta musi być zabezpieczona wadium.

13.14. Zaleca się sporządzenie oferty na formularzach stanowiących załączniki do niniejszej siwz.

**14. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

14.1 Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno, Pawilon nr 5 - Sekretariat do dnia **08.09.2016 r. do godz. 12:00.**

14.2 Oferta złożona po terminie określonym w pkt 14.1. zostanie zwrócona zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy Pzp.

**ZMIANA I COFNIĘCIE OFERTY**

14.3. Wykonawca może zmienić lub wycofać ofertę za pomocą pisemnego zawiadomienia przekazanego przed upływem terminu do składania ofert.

14.4. Koperta (opakowanie) powinna być oznaczona określeniem: „zmiana" lub „wycofanie".

14.5. Zawiadomienie o zmianie oferty powinno być dostarczone zgodnie z postanowieniami punktu 14.3. i 14.4.

**OTWARCIE OFERT**

14.6. Zamawiający dokona otwarcia ofert w dniu, w którym upływa termin ich złożenia. Otwarcie ofert jest jawne. Otwarcie ofert odbędzie się dnia **08.09.2016 r. o godz. 12:30** w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno, Pawilon nr 5, Sala konferencyjna.

14.7. Oferty, dla których powiadomienie o wycofaniu zostało przedłożone zgodnie z punktem 14.3. i 14.4. nie zostaną otwarte i zostaną niezwłocznie zwrócone Wykonawcy.

**15. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

15.1. Pojęcie „cena” rozumiana zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2015 poz. 2164) oraz art. 3 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. poz. 915).

15.2. Cena dla każdej oferty częściowej (zadania) może być tylko jedna. Cena oferty winna obejmować całkowity koszt wykonania przedmiotu zamówienia.

15.3. Wykonawca określa cenę za wykonanie zamówienia poprzez wskazanie w formularzu oferty ceny netto, kwoty należnego podatku VAT oraz łącznej ceny brutto oferty.

15.4. W cenie oferty należy uwzględnić wszystkie koszty związane z całkowitym zgodnym z prawem wykonaniem przedmiotu zamówienia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia do zamawiającego. Cenę oferty podaje się w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

15.5. Cena musi być wyrażona w PLN (złoty polski). Wszelkie rozliczenia finansowe między zamawiającym a wykonawcą będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich. Nie dopuszcza się prowadzenia rozliczeń między zamawiającym a wykonawcą w obcych walutach.

15.6. Jeżeli zostanie złożona oferta, której wybór spowoduje powstanie u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Wykonawca informuje o tym Zamawiającego, składając wraz z ofertą informację zawierającą nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

**16. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OCENY OFERT.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Kryterium*** | ***Ranga*** |
| 1. | Cena | 90% |
| 2. | Okres gwarancji | 3% |
| 3. | Termin czas dostawy | 7% |

* 1. Przy ocenie ofert i wyborze najkorzystniejszej oferty, zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:
     1. cena - 90%
     2. okres gwarancji - 3%
     3. termin czas dostawy – 7%
  2. Zamawiający udzieli zamówienie wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą tj.: uzyska największą liczbę punktów obliczoną zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3, bądź będzie jedyną ofertą nie podlegającą odrzuceniu.

W przypadku gdy oferty otrzymają jednakową liczbę punktów za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najniższą ceną.

Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadził będzie do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek o towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.

* 1. Zasady punktacji ofert:

1. Liczba punktów w kryterium cena „C” wyliczona zostanie wg następującego wzoru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C = | cena najniższa | **·** 100 punktów **·** 90% |
| cena oferty ocenianej |

1. Liczba punktów w kryterium okres gwarancji „G”.

**Minimalny okres gwarancji jaki wykonawca może zaoferować wynosi 24 miesiące.**

Oferta, w której wykonawca zaoferuje okres gwarancji wynoszący 36 miesięcy i więcej otrzymuje maksymalną liczbę punktów G = 3.

Liczba punktów dla oferty, w której wykonawca zaoferuje okres gwarancji wynoszący mniej niż 36 miesięcy wyliczona zostanie wg następującego wzoru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| G = | okres gwarancji oferty ocenianej | **·** 100 punktów **·** 3% |
| 36 |

1. **Termin czas dostawy (T)**

Wartość punktowa w kryterium: „Termin czas dostawy”.

Wykonawca w formularzu ofertowym - załącznik nr 1 do SIWZ zobowiązany będzie do zadeklarowania terminu dostawy w dniach kalendarzowych, liczonego od dnia zawarcia umowy.

**Maksymalny termin dostawy jaki wykonawca może zaoferować wynosi 30 dni, minimalny 7 dni kalendarzowych.**

Zamawiający przyzna określoną liczbę punktów każdemu z wykonawcy zgodnie z postanowieniami poniżej:

Oferta w której wykonawca zaoferuje maksymalny dopuszczalny 30 - dniowy termin realizacji dostawy otrzymuje 0 punktów (T = 0).

Liczba punktów dla oferty, w której wykonawca zaoferuje termin dostawy wynoszący mniej niż 30 a więcej niż 7 dni kalendarzowych otrzymuje ilość punktów wyliczoną wg wzoru:

Wartość punktowa - termin czas dostawy (T)

7

T = ------------------ x 100 pkt x 7%

T o

Gdzie:

To **–** oferowany przez Wykonawcę termin dostawy

Liczba punktów dla oferty, w której wykonawca zaoferuje termin dostawy wynoszący 7 dni kalendarzowych (lub mniej) otrzymuje maksymalną liczbę 7 punktów (T = 7).

4) Łączna punktacja = C + G + T

Wyniki wyliczeń zaokrąglone zostaną do dwóch miejsc po przecinku.

Zasady punktacji ofert opisane w ust. 3 dotyczą każdej części zamówienia z osobna.

**17. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH JAKIE, POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO**

**WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

17.1 Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest do zawarcia umowy z Zamawiającym na warunkach określonych w zapisach SIWZ.

17.2 Jeżeli oferta Wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia zostanie wybrana, Zamawiający zażąda przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych Wykonawców. Jeżeli Wykonawca nie złoży w/w dokumentu zawarcie umowy będzie niemożliwe z przyczyn leżących po stronie wykonawcy.

17.3. Umowa będzie podpisywana w siedzibie Zamawiającego po wcześniejszym ustaleniu dokładnego terminu.

**18. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**19. ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO - WZÓR UMOWY**

19.1. Zamawiający wymaga od wybranego Wykonawcy zawarcia umowy na zasadach określonych w SIWZ – wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 26 do SIWZ.

19.2. Zmiany umowy:

19.2.2. Zamawiający przewiduje możliwość dokonania zmiany wynagrodzenia brutto jeżeli w trakcie realizacji umowy nastąpi ustawowa zmiana w zakresie podatku VAT dla dostawy towarów objętych przedmiotem umowy. Zmianie podlegać może wyłącznie część wynagrodzenia za dostawy, których w dniu wejścia w życie zmiany jeszcze nie wykonano.

19.3. Warunkiem dokonania zmian umowy jest złożenie wniosku zawierającego uzasadnienie przez stronę inicjującą zmianę i jego akceptacja przez drugą stronę.

19.4. Wszelkie zmiany treści umowy mogą być dokonywane wyłącznie w formie aneksu podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności.

**20. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY**

20.1.Wykonawcy a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy, przysługują środki ochrony prawnej.

20.2.Zasady wnoszenia środków ochrony prawnej określa Dział VI ustawy (Art. 179 - 198g) Pzp.

**21.** Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.

**22.** Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających.

**23.** Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

**24.** Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.

**25.** Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

**26. INFORMACJE O PODWYKONAWCACH**

**Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez wykonawcę kluczowych części zamówienia.** Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy. Zamawiający żąda w ofercie wskazania przez wykonawcę części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy. Zamawiający żąda podania przez wykonawcę nazw (firm) podwykonawców, na których zasoby wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp. Wymagania dotyczące umów o podwykonawstwo jak w Projekcie umowy - załącznik nr 26 do siwz.

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO SIWZ:**

*1. Formularz oferty – Załącznik nr 1*

*2. Formularze cenowe - Załączniki 2A – 22A*

*3. Formularz wymagań technicznych – Załącznik nr 2B – 22B*

*4. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu - Załącznik nr 23.*

*5. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia - Załącznik nr 24.*

*6. Informacja o przynależności do grupy kapitałowej - Załącznik nr 25.*

*7. Projekt umowy - Załącznik nr 26.*

**FORMULARZ OFERTY** (Załącznik nr 1)

**I. Nazwa Wykonawcy:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres (siedziba) Wykonawcy: ……………….………..………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………… Faks: ……………………………………………………………………

e-mail:..........................@.............................................

*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy wszystkich wykonawców składających ofertę wspólną, wskazać ustanowionego pełnomocnika oraz podać jego dane teleadresowe.*

**O F E R T A**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno |

**II. Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy dostawy sprzętu medycznego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, w asortymencie, ilości oraz w cenach określonych w załączniku nr 2A–22A, 2B-22B (formularze asortymentowo-cenowe) do SIWZ stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.

**III. Cena oferty:**

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych został złożony na formularzu asortymentowo-cenowym zgodnie z załącznikiem nr 2A-22A do SIWZ stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.

W niniejszym formularzu należy podać cenę łączną oferty:

**Część 1 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ……………………………  
  
………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 2 - Poręcze do nauki chodu**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 3 - Wózek do przewożenia leków**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 4 - Wózek wielofunkcyjny**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ……………………………  
  
………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 5 - Wózek zabiegowy**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 6 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 7 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 8 - Aparat EKG + zestaw**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 9 - Spirometr + zestaw**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 10 - Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 11 - Zestaw Holter EKG**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 12 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 13 - Laryngoskop**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 14 - Otoskop**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 15 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 16 - Wanna ze zintegrowanym systemem**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 17 - Meble medyczne**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 18 - Defibrylator**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 19 - Inhalator**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 20 - Urządzenie - system ogrzewania pacjenta**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**Część 21 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej**

Cena netto ………………….… zł słownie:……………………………………………….…………………………..……………zł)

podatek VAT ……………….… zł (słownie:…….……………………………………………………………………….…………zł)

Cena brutto:………………….… zł (słownie…………………………………………………………………………………………zł)

Oferowany termin gwarancji wynosi …………… miesięcy.

Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie: ………………… (słownie: ………………………………………………………………………) dni kalendarzowych (max. 30 dni kalendarzowych)

**IV. Części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom1):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pozostałe części zamówienia zamierzam wykonać siłami własnymi.

**V. OŚWIDCZENIA WYKONAWCY**

Oświadczam(y), że Wykonawca:

1. Oferuje asortyment posiadający odpowiednie dokumenty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP.

2. Oferuje wyłącznie produkty będące wyrobami medycznymi w rozumieniu ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U.2015 poz. 876), posiadające oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim.

3. Uważa się za związanego ofertą przez 60 dni od dnia w którym dokonano otwarcia ofert,

4. Oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia wraz z dostawą towaru do magazynu zamawiającego.

5. Zapoznał się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia oraz projektem umowy, nie wnosi do nich zastrzeżeń i przyjmuje warunki w nich zawarte.

6. W przypadku przyznania zamówienia publicznego zobowiązuje się do zawarcia pisemnej umowy w siedzibie Zamawiającego, w terminie przez niego wyznaczonym.

7. Ponosi pełną odpowiedzialność za należyte wykonanie całości zamówienia.

**VI. Wadium należy zwrócić na rachunek nr:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VII. Załączniki i dokumenty złożone przez Wykonawcę łącznie z ofertą:**

Przedkładamy wszystkie wymagane w SIWZ dokumenty jako załączniki do naszej oferty:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oferta została złożona na ……… kolejno ponumerowanych stronach łącznie ze wszystkimi

załącznikami wymaganymi przez Zamawiającego.

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

(podpis Wykonawcy)

1)*Wypełnić jeżeli dotyczy.*

**Załącznik nr 2A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Część 1 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 2B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych **Część 1**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE –**

**Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **4 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Zakres pomiarowy co najmniej od 0-300 mm Hg |  | **Tak** |  |
| 3 | Dokładność wyświetlacza nie więcej niż 2mmHg |  | **Tak** |  |
| 4 | Maksymalny błąd pomiarowy do nie więcej niż +/- 0,4 mm Hg |  | **Tak** |  |
| 5 | Ciśnienie w mankiecie mierzone jest za pomocą układu elektronicznego |  | **Tak** |  |
| 6 | Wyświetlane w postaci analogowej (zegarowej) na wyświetlaczu diodowym |  | **Tak** |  |
| 7 | Określenie ciśnienia – metoda osłuchowa w sposób analogowy z wykorzystaniem tonów Korotkowa i stetoskopu |  | **Tak** |  |
| 8 | Urządzenie sygnalizuje zbyt szybkie wypuszczanie powietrza z mankietu |  | **Tak** |  |
| 9 | Automatyczne kalibrowanie do zera za każdym razem, gdy jest włączany |  | **Tak** |  |
| 10 | Spiralny przewód ciśnieniowy dopinany szeregowo do przewodu mankietu |  | **Tak** |  |
| 11 | Rozmiar mankietu XL |  | **Tak** |  |
| 12 | Zasilanie: Baterie, |  | **Tak** |  |
| 13 | Stetoskop w zestawie |  | **Tak** |  |
| 14 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 15. | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.  
**Uwaga!** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 3A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY – CZĘŚĆ NR 2**

**Poręcze do nauki chodu**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Poręcze do nauki chodu** | **SZT** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 3B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 2**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Poręcze do nauki chodu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Poręcze do nauki chodu**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **1 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Uniwersalne poręcze ze schodkami i pochylnią |  | **Tak** |  |
| 3 | Ilość schodków: min 4 stopnie |  | **Tak** |  |
| 4 | Schodki z pochylnią wykonane z kształtowników stalowych |  | **Tak** |  |
| 5 | Stopnie i pochylnia wykonane ze sklejki pokrytej wykładziną antypoślizgową łatwo zmywalną. |  | **Tak** |  |
| 6 | Poręcze stalowe malowane proszkowo |  | **Tak** |  |
| 7 | Poręcze z możliwością dopasowania do wysokości i postury ćwiczącego |  | **Tak** |  |
| 8 | **Wymiary:** |  | **Tak** |  |
| 9 | długość: nie mniej niż 340 cm |  | **Tak** |  |
| 10 | Szerokość podestu minimum: 75 cm |  | **Tak** |  |
| 11 | Regulacja wysokości poręczy: minimum 65 - 100 cm |  | **Tak** |  |
| 12 | wysokość schodków. 10 cm (+/- 2cm) |  | **Tak** |  |
| 13 | zejście: pochylnia o dł. minimum 160 cm |  | **Tak** |  |
| 14 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 15 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.  
**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 4A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 3**

**Wózek do przewożenia leków**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Wózek do przewożenia leków** | **SZT** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 4B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 3**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE**

**Wózek do przewożenia leków**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Wózek do przewożenia leków.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..… | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Konstrukcja wózka wykonana z aluminium lub stali malowanej proszkowo na kolor biały |  | **Tak** |  |
| 3 | Wózek otwarty wyposażony w 2 blaty w formie 4 przenośnych tac ze stali kwasoodpornej z przegrodami z tworzywa sztucznego (2 na jeden blat) |  | **Tak** |  |
| 4 | Wózek mobilny posiadający 4 kółka (w tym dwa z blokadą) |  | **Tak** |  |
| 5 | Wózek posiadający dwie uchylne miski ze stali nierdzewnej |  | **Tak** |  |
| 6 | Wyposażony w co najmniej jeden uchwyt do prowadzenia wózka |  | **Tak** |  |
| 7 | **Wymiary:** |  |  |  |
| 8 | długość min. 650 mm |  | **Tak** |  |
| 9 | szerokość min. 420 mm |  | **Tak** |  |
| 10 | wysokość. 850 mm (+/- 50 mm) |  | **Tak** |  |
| 11 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 12 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. **Uwaga!** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: wartości oferowane i wartości mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 5A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 4**

**Wózek wielofunkcyjny**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Wózek wielofunkcyjny** | **SZT** | **2** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 5B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 4**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Wózek wielofunkcyjny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Wózek wielofunkcyjny.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Wózek-szafka stalowa lakierowana proszkowo |  | **Tak** |  |
| 3 | Szafka w pełni zabudowana |  | **Tak** |  |
| 4 | Wózek wyposażony w min. 4 szuflady z pełnym wysuwem i samodomykaniem o szerokości min. 400 mm |  | **Tak** |  |
| 5 | Wózek wyposażony w 1 drzwiczki jednoskrzydłowe o szerokości min 400 mm |  | **Tak** |  |
| 6 | Ściany wewnętrzne szafki przystosowane do umieszczenia wysuwanych z szafki kuwet i koszów |  | **Tak** |  |
| 7 | Blat wykonany z tworzywa ABS lub równoważnego z pogłębieniem lub ze stali kwasoodpornej otoczony z minimum dwóch stron bandami |  | **Tak** |  |
| 8 | Dodatkowy wysuwany blat roboczy boczny |  | **Tak** |  |
| 9 | Wózek mobilny posiadający 4 kółka o średnicy 100-130mm (minimum 2 z nich z blokadą) |  | **Tak** |  |
| 10 | Wyposażony w uchwyt do prowadzenia wózka mocowany z boku wózka |  | **Tak** |  |
| 11 | Wyposażona w cztery odboje |  | **Tak** |  |
| 12 | **Wymiary całkowite wózka:** |  |  |  |
| 13 | długość 900mm (+/-50mm) |  | **Tak** |  |
| 14 | szerokość 550mm (+/-50mm) |  | **Tak** |  |
| 15 | wysokość od podłoża do blatu 950mm (+/-50mm) |  | **Tak** |  |
| 16 | **Wyposażenie wózka:** |  |  |  |
| 17 | wysuwane z szafki 2-4 kuwety |  | **Tak** |  |
| 18 | wysuwane z szafki 2-4 kosze na akcesoria |  | **Tak** |  |
| 19 | 1 dozownik mydła mocowany do szafki |  | **Tak** |  |
| 20 | 1 pojemniki na zużyte igły mocowany z boku wózka |  | **Tak** |  |
| 21 | 1 pojemnik na odpady medyczne z wahadłowym lub kolanowym systemem otwierania mocowany z boku wózka |  | **Tak** |  |
| 22 | Kolor szafki do ustalenia z Zamawiającym |  | **Tak** |  |
| 23 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 24 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga!** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: wartości oferowane i wartości mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 6A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 5**

**Wózek zabiegowy**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Wózek zabiegowy** | **SZT** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 6B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 5**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Wózek zabiegowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Wózek zabiegowy.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Konstrukcja wózka w całości wykonana ze stali nierdzewnej |  | **Tak** |  |
| 3 | Wózek otwarty posiadający min 2 półki otoczone z trzech stron bandami zabezpieczającymi przewożony sprzęt przed zsunięciem się |  | **Tak** |  |
| 4 | Wózek posiadający co najmniej jedną szufladę pod blatem o szerokości min 450 mm |  | **Tak** |  |
| 5 | Wózek posiadający blat roboczy górny z pogłębieniem zabezpieczającym sprzęt przed zsunięciem się |  | **Tak** |  |
| 6 | Wyposażony w co najmniej jeden uchwyt do prowadzenia wózka. |  | **Tak** |  |
| 7 | Wózek mobilny posiadający 4 kółka (2 z nich z blokadą) |  | **Tak** |  |
| 8 | Wyposażony w 4 odbojniki |  | **Tak** |  |
| 9 | **Wymiary:** |  |  |  |
| 10 | długość minimum 500 mm |  | **Tak** |  |
| 11 | szerokość minimum 500 mm |  | **Tak** |  |
| 12 | Wysokość; 850 mm (+/- 50mm). |  | **Tak** |  |
| 13 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 14 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. **Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: wartości oferowane i wartości mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 7A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 6**

**Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 7B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 6**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem.** Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Przenośny aparat do lokalizowania żył pod skórą |  | **Tak** |  |
| 3 | Statyw-stojak regulowany w zakresie minimum (od 50-120cm) |  | **Tak** |  |
| 4 | W zestawie wzmacniacz montowany na stojaku |  | **Tak** |  |
| 5 | Wyświetlanie obrazu na skórze pacjenta |  | **Tak** |  |
| 6 | Wyposażony w funkcję zmiany jasności |  | **Tak** |  |
| 7 | Wyposażony w funkcję uśpienia |  | **Tak** |  |
| 8 | Zmiana koloru oświetlenia |  | **Tak** |  |
| 9 | Minimum 3 tryby oświetlenia; biało-niebieski, zielono-czerwony i czerwono czarny |  | **Tak** |  |
| 10 | Wysuwana miarka do precyzyjnego określenia obrazu |  | **Tak** |  |
| 11 | Natężenie oświetlenia minimum 300-1000lx |  | **Tak** |  |
| 12 | Skuteczny dystans projekcji 29-31cm (+/-5cm) |  | **Tak** |  |
| 13 | Długość fali światła oświetlającego w zakresie nie mniejszym niż 790-980nm |  | **Tak** |  |
| 14 | Akumulator litowo-polimerowy |  | **Tak** |  |
| 15 | Wyposażony w skażnik naładowania akumulatora skanera |  | **Tak** |  |
| 16 | Waga skanera żył (bez stojaka) nie większa niż 0,35kg |  | **Tak** |  |
| 17 | Gwarancja minimum 36 miesięcy |  | **Tak** |  |
| 18 | Przeszkolenie personelu w zakresie technicznego używania |  | **Tak** |  |
| 19 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 8A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 7**

**Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 8B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 7**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Przenośny aparat do mierzenia ciśnienia metodą oscylometryczną |  | **Tak** |  |
| 3 | Zakres pomiarowy nie mniejszy niż od 0-300mmHg |  | **Tak** |  |
| 4 | Błąd pomiaru nie większy niż 5mmHg |  | **Tak** |  |
| 5 | Ciśnienie systolic. W zakresie nie mniejszym niż 70-290mHg |  | **Tak** |  |
| 6 | Ciśnienie diastolic. w zakresie nie mniejszym niż 45-180mHg |  | **Tak** |  |
| 7 | Puls w zakresie nie mniejszym niż 30-240b.p.m. |  | **Tak** |  |
| 8 | Waga nie większa niż 270g. |  | **Tak** |  |
| 9 | Przesyłanie pomiarów za pomocą kabla USB lub bezprzewodowo |  | **Tak** |  |
| 10 | Zasilanie akumulator |  | **Tak** |  |
| 11 | Wymiary 128x78x27mm (+/-20mm) |  | **Tak** |  |
| 12 | Programowanie minimum 6 okresów pomiarowych |  | **Tak** |  |
| 13 | Ilość pomiarów nie mniejsza 1, 2, 4, 6, 12, 20, 30 na godzinę |  | **Tak** |  |
| 14 | Możliwość pomiaru na życzenie lub programowanie pomiaru np. co 2 min. |  | **Tak** |  |
| 15 | Możliwość programowania częstotliwości pomiarów np. w dzień i w nocy. |  | **Tak** |  |
| 16 | Program medyczny przystosowany do współpracy z komputerem PC w systemie Windows 7, 8 lub wyższym |  | **Tak** |  |
| 17 | Możliwość współpracy oprogramowania w sieci szpitala, wymiana danych z oprogramowania medycznego ze Zintegrowanym Systemem Informatycznym Szpitala w zakresie odbioru zleceń i wysyłania wyników według jednego z obowiązujących standardów wymiany danych medycznych. |  | **Tak** |  |
| 18 | Zakres pracy temperatury minimum od -5°C do 40°C |  | **Tak** |  |
| 19 | Wyświetlacz segmentowy do prezentowania pomiarów i komunikatów o pracy aparatu |  | **Tak** |  |
| 20 | Wyposażenie: a) 3 mankiety pomiarowe (L. M. S.), b) przewód gumowy , c) futerał, d) dodatkowo komplet akumulatorów zapasowych, e) ładowarka do akumulatorów, f) instrukcja obsługi i program medyczny w języku polskim |  | **Tak** |  |
| 21 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 22 | Przeglądy w okresie gwarancji bezpłatne |  | **Tak** |  |
| 23 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 9A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 8**

**Aparat EKG + zestaw**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Aparat EKG + zestaw** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 9B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 8**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Aparat EKG + zestaw**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Parametry wymagane** | Parametry oferowane |
| 1 | **APARAT EKG+ zestaw**  Oferowany model, typ, producent:  ………………………..….……………………………… | **Szt. 1** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |
| 3 | Rejestracja min 12 odprowadzeń EKG |  | **TAK** |  |
| 4 | Praca w trybie automatycznym i manualnym |  | **TAK** |  |
| 5 | Kolorowy ekran dotykowy min 7’’ umożliwiający łatwą obsługę aparatu |  | **TAK** |  |
| 6 | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/Mv |  | **TAK** |  |
| 7 | Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s |  | **TAK** |  |
| 8 | Regulowana długość zapisu badania automatycznego ( od 6 do 15 sekund) |  | **TAK** |  |
| 9 | Wydruk w trybie 3,6 lub 12 przebiegów EKG na drukarce aparatu (szerokość papieru: 112mm ) lub drukarce zewnętrznej PCL5/PCL6 |  | **TAK** |  |
| 10 | Możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie |  | **TAK** |  |
| 11 | Proste zakładanie papieru |  | **TAK** |  |
| 12 | Prezentacja na wyświetlaczu 3,6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji , badań zapisanych w pamięci |  | **TAK** |  |
| 13 | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi |  | **TAK** |  |
| 14 | Łatwa obsługa dzięki menu obsługiwanemu za pomocą panelu dotykowego |  | **TAK** |  |
| 15 | Baza pacjentów i badań min. 1000 i min 1000 badań |  | **TAK** |  |
| 16 | Automatyczna analiza i interpretacja ( wyniki zależne od wieku i płci pacjenta) |  | **TAK** |  |
| 17 | Wykonanie min 90 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej |  | **TAK** |  |
| 18 | Ciągły pomiar częstości akcji serca ( HR ) i jego prezentacja  (INOP), niezależna dla każdego kanału |  | **TAK** |  |
| 19 | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni |  | **TAK** |  |
| 20 | Przystosowanie do bezpośredniej pracy na otwartym sercu |  | **TAK** |  |
| 21 | Filtry : zakłóceń sieciowych, zakłóceń mięśniowych, izolinii |  | **TAK** |  |
| 22 | Detekcja niewłaściwego kontaktu elektrody ze skórą pacjenta ( INOP ) , niezależna dla każdego kanału |  | **TAK** |  |
| 23 | Wykrywanie i prezentacja impulsów i stymulujących |  | **TAK** |  |
| 24 | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylujących |  | **TAK** |  |
| 25 | Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL |  | **TAK** |  |
| 26 | Zapis badania do pamięci USB w formacie PDF |  | **TAK** |  |
| 27 | Bezprzewodowa ( przez Wi-Fi ) lub przewodowa komunikacja z siecią LAN lub z siecią Internet za pośrednictwem sieci LAN |  | **TAK** |  |
| 28 | Współpraca z programowaniem służącym do zarządzania i możliwość wykonania badań EKG z poziomu komputera |  | **TAK** |  |
| 29 | Przyjmowanie zleceń HL7 |  | **TAK** |  |
| 30 | Wykonywanie spirometrycznego badania przesiewowego przy użyciu przystawki |  | **TAK** |  |
| 31 | EDM – archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku ( pamięć USB ) |  | **TAK** |  |
| 32 | Interfejs komunikacyjny: 3 x port USB ( równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną i pamięcią USB) |  | **TAK** |  |
| 33 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe |  | **TAK** |  |
| 34 | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora |  | **TAK** |  |
| 35 | Konfiguracja ustawień aparatu |  | **TAK** |  |
| 36 | Standardowe wyposażenie: wózek medyczny, drukarka laserowa monochromatyczna z wydrukiem dwustronicowym, kabel EKG KEKG, elektrody przyssawkowe, elektrody kończynowe klipsowe, żel EKG, papier EKG ( rolka), kabel Ethernetowi, kabel zasilający |  | **TAK** |  |
| 37 | Gwarancja min. 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 38 | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 10A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 9**

**Spirometr + zestaw**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Spirometr + zestaw** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 10B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 9**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Spirometr + zestaw**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **1** | **Spirometr + zestaw.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **1 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Głowica pneumotachograficzna wymienna, sterylna dla każdego pacjenta (bez konieczności stosowania jednorazowych filtrów przeciwbakteryjnych) |  | **Tak** |  |
| 3 | W dostawie min. 10 szt. głowic pneumotachograficznych |  | **Tak** |  |
| 4 | Ustniki w rozmiarach dla dorosłych min. 10 szt. w wyposażeniu. |  | **Tak** |  |
| 5 | Automatyczna kontrola prawidłowości wykonanego badania spirometrycznego zgodnie z zaleceniami ERS/ATS 2005 |  | **Tak** |  |
| 6 | Automatyczna ocena jakości badania w skali A-F |  | **Tak** |  |
| 7 | Automatyczna ocena próby rozkurczowej zgodna z zaleceniami ERS |  | **Tak** |  |
| 8 | Możliwość prezentacji spirometrii spoczynkowej i krzywej przepływu objętości |  | **Tak** |  |
| 9 | Możliwość automatycznej diagnozy |  | **Tak** |  |
| 10 | Porównanie wyników badań z wartościami należnymi |  | **Tak** |  |
| 11 | Możliwość graficznej i liczbowej prezentacji porównania wyników dla minimalnie 30 zarejestrowanych badań |  | **Tak** |  |
| 12 | Spirometria; VC, IC, ERV, TV, BF |  | **Tak** |  |
| 13 | Krzywa przepływ-objętość: FEV 1, FVC EX, PEF, MEF 75, MEF 50, MEF 25, FEF25/75, TPEF, FET, MIF 50, BEV, FEV1/VC MAX, VC IN |  | **Tak** |  |
| 14 | Maksymalna dowolna wentylacja minutowa MVV |  | **Tak** |  |
| 15 | Wyznaczane parametry: MVV, BR, BF |  | **Tak** |  |
| 16 | Moduł automatycznego pomiaru warunków otoczenia do automatycznej korekcji ATP/BTPS |  | **Tak** |  |
| 17 | Kolorowy dotykowy ekran LCD o rozdzielczości 800x480 pikseli, przekątna 7 cali |  | **Tak** |  |
| 18 | Wbudowana drukarka termiczna szr. papieru 112 mm |  | **Tak** |  |
| 19 | Możliwość podłączenia zewnętrznej drukarki |  | **Tak** |  |
| 20 | Baza danych obejmująca wyniki badań dla 1000 pacjentów |  | **Tak** |  |
| 21 | Obliczanie odchyleń standardowych i percentyli wartości należnych |  | **Tak** |  |
| 22 | Możliwość eksportu wyników badań i krzywych do programów zewnętrznych |  | **Tak** |  |
| 23 | Możliwość samodzielnej kontroli kalibracji spirometru przy użyciu pompy o objętości minimum 3 l |  | **Tak** |  |
| 24 | Uchwyt głowicy pneumotachograficznej |  | **Tak** |  |
| 25 | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta: imię, nazwisko, kod pacjenta, data urodzenia, wzrost, waga, płeć |  | **Tak** |  |
| 26 | Minimum 2 porty USB |  | **Tak** |  |
| 27 | Przestrzeń martwa 38 ml |  | **Tak** |  |
| 28 | Zakres przepływu minimum +/- 18 l/s |  | **Tak** |  |
| 29 | Dokładność pomiaru przepływu < 2% |  | **Tak** |  |
| 30 | Rozdzielczość pomiaru przepływu 10 ml/s |  | **Tak** |  |
| 31 | Zakres objętości +/- 10 l |  | **Tak** |  |
| 32 | Dokładność pomiaru objętości < 2% |  | **Tak** |  |
| 33 | Rozdzielczość pomiaru objętości 10 ml |  | **Tak** |  |
| 34 | Zasilanie (akumulatorowe, sieciowe ) |  | **Tak** |  |
| 35 | Wymiary 220x250x52 mm (+/- 30mm) |  | **Tak** |  |
| 36 | Waga nie większa niż 1,0 kg |  | **Tak** |  |
| 37 | Zasilanie 230 V 50 Hz. |  | **Tak** |  |
| 38 | Oprogramowanie w języku polskim |  | **Tak** |  |
| 39 | Instrukcja obsługi w języku polskim |  | **Tak** |  |
| 40 | Przeszkolenie personelu z obsługi w miejscu instalacji |  | **Tak** |  |
| 41 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 42 | Przeglądy w okresie gwarancji bezpłatne |  | **Tak** |  |
| 43 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 11A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 10**

**Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Laptop wraz z dodatk. monitorem 19'' do zestawu do terapii EEG Biofeedback** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 11B do SIWZ**Formularz wymagań technicznych – **Część nr 10**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | Ilość | Parametry  wymagane | Parametry oferowane |
| **Zestaw do terapii EEG biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem** Oferowany model, typ, producent ……………………………………… | | Szt. 1 | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| I. | **Zestaw EEG biofeedback:** |  | TAK |  |
| 1. | Aparatura powinna posiadać certyfikat wyrobu medycznego CE kl I,  System spełnia standardy IEEE |  | TAK |  |
| 2. | 5-kanałowy koder z możliwością jednoczesnej rejestracji 5 czujników |  | TAK |  |
| 3. | możliwość obsługi czujników do pomiaru SEMG  (powierzchniowego EMG), BVP lub EKG (rytmu serca),  Temp (temperatury), oddychania, SC przewodności skóry, niR HEG, piR HEG |  | TAK |  |
| 4. | Zestaw elektrod miseczkowych i usznych |  | TAK |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  | TAK |  |
| 6. | Aparatura powinna posiadać certyfikat CE |  | TAK |  |
| 7. | Aparatura fabrycznie nowa |  | TAK |  |
| 8. | możliwość prowadzenia dwukanałowej diagnostyki EEG |  | TAK |  |
| 9. | możliwość pomiaru impedancji za pomocą zewnętrznego czujnika |  | TAK |  |
| 10. | Aparat wyposażony w czujnik do pomiaru czasu reakcji |  | TAK |  |
| 11. | kabel optyczny łączący koder z USB |  | TAK |  |
| 12. | urządzenie USB – łącznik kodera z komputerem |  | TAK |  |
| 13. | czujnik do EEG z funkcją pomiaru impedancji wraz z elektrodami |  | TAK |  |
| 14. | pasta umożliwiająca przyczepienie elektrod do głowy pacjenta |  | TAK |  |
| 15. | żel/piling do przygotowania skóry pacjenta przed przymocowaniem  elektrod |  | TAK |  |
| 16. | Czujnik do pomiaru zmienności rytmu serca oraz do pomiaru  objętości pulsu (fotopletysmograf). Powinien mieć mozliwość  pomiaru: tętno, amplituda BVP, kształt fal BVP, zmienność HR. |  | TAK |  |
| 17. | Czujnik Oddychania pas z rzepem z możliwością montażu  czujnika na przeponie lub klatce piersiowej, powinien umożliwiać  pomiar amplitudy i rytmu oddychania. |  | TAK |  |
| II. | **Oprogramowanie** |  | TAK |  |
| 18. | specjalistyczne oprogramowanie systemu EEG Biofeedback  w języku polskim do analizy i sterowania czynnością bioelektryczną  mózgu podczas treningu |  | TAK |  |
| 19. | Tworzenie opisów treningów, eksportowanie badań, prowadzenie  archiwizacji i tworzenia statystyk |  | TAK |  |
| 20. | polska wersja językowa |  | TAK |  |
| 21. | możliwość zarządzania bazą danych pacjentów |  | TAK |  |
| 22. | możliwość zapisu i analizy sesji treningowych i badań |  | TAK |  |
| 23. | możliwość samodzielnego dołączania do systemu animacji,  muzyki, ćwiczeń, obrazu z kamery wideo, |  | TAK |  |
| 24. | możliwość korzystania z bajek i filmów DVD, CD, plików AVI  Wave, BMP, MP3, stymulacja dźwiękowa przy pomocy dudnień  binauralnych (binaural beats). |  | TAK |  |
| 25. | możliwość korzystania z gier typu Flash |  | TAK |  |
| 26. | możliwość samodzielnej budowy lub edycji ekranu terapeuty  i pacjenta |  | TAK |  |
| 27. | możliwość samodzielnej budowy lub edycji skryptów terapeutycznych |  | TAK |  |
| 28. | możliwość automatycznego usuwania artefaktów |  | TAK |  |
| 29. | możliwość tworzenia raportów i trendów (automatycznie generowany  raport z przebiegu wszystkich sesji) |  | TAK |  |
| 30. | możliwość implementowania do systemu skryptów terapeutycznych  przygotowanych przez innych terapeutów |  | TAK |  |
| 31. | możliwość archiwizacji danych oraz eksport ich do Worda i Exela |  | TAK |  |
| 32. | duża ilość narzędzi wyświetlania statystyk dla całych sesji  i wybranych fragmentów sesji |  | TAK |  |
| 33. | Zestaw minimum 120 plansz diagnostycznych i treningowych |  | TAK |  |
| 34. | minimum 80 animacji/gier z możliwością rozszerzenia do 200  animacji |  | TAK |  |
| 35. | możliwość zapisu surowego sygnału EEG i odtwarzanie go po sesji |  | TAK |  |
| 36. | możliwość archiwizacji danych oraz eksport ich do Worda i Excela |  | TAK |  |
| 37. | duża ilość narzędzi wyświetlania statystyk dla całych sesji  i wybranych fragmentów sesji (wykresy liniowe, słupkowe,  okresowe, 3D, liczbowe, JTFA) |  | TAK |  |
| 38. | Oprogramowanie współpracujące z dostarczaną aparaturą, pozwalające na badanie wzajemnych zależności między procesami fizjologicznymi i poznawczymi u badanego. Oprogramowanie powinno zawierac ekrany umożliwiające monitorowanie i ocenę reakcji fizjologicznych, jaki i trening parametrów takich jak temperatura obwodowa, zmienność rytmu serca (w tym HRV), oddychanie (piersiowe, przeponowe), napięcie mięśni (EMG), przewodność skórnogalwaniczną (SC) i in. |  | TAK |  |
| 39. | dodatkowe gry do treningu - współpracujące z dostarczonym  oprogramowaniem, na nośniku CD/DVD. Gry powinny mieć  opcje rozbudowane: możliwość wyboru postaci, pojazdu,  scenerii. Gra powinna mieć możliwość sterowania za pomocą  różnych parametrów takich jak: EEG, pomiar tętna, przewodność  skóry, EMG, oddech. Dodatkowo powinna mieć możliwość  podłączenia i obsługę zewnętrznego interfejsu I/O Relay dla  zabawek mechanicznych i ruchomych urządzeń zewnętrznych  (np. robotów) |  | TAK |  |
| 40. | dodatkowy pakiet animacji na płycie CD (min. 180 sztuk) |  | TAK |  |
| III. | **Fotel dla pacjenta z elektrycznym masażem** |  | TAK |  |
| 41. | fotel przystosowany do prowadzenia terapii EEG Biofeedback |  | TAK |  |
| 42. | obrotowy |  | TAK |  |
| 43. | możliwość zablokowania obrotowej stopy |  | TAK |  |
| 44. | materiał poszycia - skóra ekologiczna |  | TAK |  |
| 45. | rozkładany, regulowany |  | TAK |  |
| 46. | oparcie na kark |  | TAK |  |
| 47. | regulowany podnóżek |  | TAK |  |
| 48. | Funkcja masażu: |  | TAK |  |
| 49. | min. 6 punktów masażu (4 w fotelu i 2 w podnóżku) |  | TAK |  |
| 50. | min. 4 programów masażu |  | TAK |  |
| 51. | 2 stopnie natężenia masażu |  | TAK |  |
| 52. | automatyczne programy do masażu grzbietu, pośladków oraz ud |  | TAK |  |
| 53. | możliwość manualnego wybierania stref do masowania |  | TAK |  |
| IV. | **Szafka na kółkach pod komputer oraz koder** |  | TAK |  |
| V. | **Laptop** |  | TAK, oferowany model, typ |  |
| 54. | Oprogramowanie systemowe min. Windows 7 prof. – lub równoważne. Zainstalowany system operacyjny nie wymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu.  System operacyjny współpracujący z urządzeniem EEG. |  | TAK |  |
| 55. | Oprogramowanie biurowe zgodne (w 100%) pod względem formatów plików, cech użytkowych i funkcjonalności z MS Office min. 2013 |  | TAK |  |
| 56. | Procesor klasy x86, nie mniej niż 2 rdzeniowy, zaprojektowany do pracy w komputerach przenośnych, taktowany zegarem co najmniej 2,6 GHz. Zaoferowany procesor musi uzyskiwać jednocześnie w teście Passmark CPU Mark wynik min.: 3400 punktów (wynik zaproponowanego procesora musi znajdować się na stronie (http://www.cpubenchmark.net) |  | TAK, oferowany model, typ |  |
| 57. | Pamięć ram - min. 4GB |  | TAK |  |
| 58. | Dysk twardy min. HDD 500GB |  | TAK |  |
| 69. | Przekątna ekranu - min. 15" |  | TAK |  |
| 60. | Matryca matowa |  | TAK |  |
| 61. | Rozdzielczość ekranu - min. 1600px x 900px |  | TAK |  |
| 62. | Wyjście do podłączenia dodatkowego monitora (np. HDMI, VGA) |  | TAK |  |
| 63. | Czytnik kart pamięci SD |  | TAK |  |
| VI. | **Monitor LED/LCD** |  | TAK, oferowany model, typ |  |
| 64. | Przekątna ekranu - 19” |  | TAK |  |
| 65. | Złącze wejściowe zgodne z wyjściem sygnału wideo z komputera (np. HDMI, VGA) |  | TAK |  |
| 66. | Jasność - nie mniejsza niż 250cd/m2 |  | TAK |  |
| 67. | Kontrast - nie mniejszy niż 1000:1 |  | TAK |  |
| 68. | Czas reakcji matrycy nie większy niż 5ms |  | TAK |  |
| 69. | Rozdzielczość nie mniejsza niż 1280x1024 przy 60Hz |  | TAK |  |
| 70. | Możliwość zamontowania na statywie - Standard montażowy VESA |  | TAK |  |
| 71. | Kabel zasilający o długości odpowiedniej do zastosowanego statywu pod monitor |  | TAK |  |
| 72. | Kabel do przesyłu obrazu o długości odpowiedniej do zastosowanego  statywu pod monitor |  | TAK |  |
|  | Uchwyt biurkowy do monitora: |  | TAK |  |
| 73. | Rozstaw śrub mocujących w standardzie VESA - rozstaw zgodny  z monitorem |  | TAK |  |
| 74. | Maksymalne obciążenie do 15 kg |  | TAK |  |
| 75. | Możliwość regulacji stopnia nachylenia od +15° do -15° |  | TAK |  |
| 76. | Regulowana odległości ramienia: max 447mm |  | TAK |  |
| 77. | Materiał – aluminium |  | TAK |  |
| 78. | Możliwość montażu do blatu biurka lub stołu |  | TAK |  |
| 79. | W komplecie zestaw śrub montażowych oraz do przykręcenia monitora |  | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | |  | TAK |  |
| 80. | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | TAK |  |
| 81. | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy sprzętu |  | TAK |  |
| **Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016** | |  | TAK |  |
| **Montaż i uruchomienie** | |  | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 12A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 11**

**Zestaw Holter EKG**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Zestaw Holter EKG** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 12B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 11**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Zestaw Holter EKG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | Ilość | **Parametry wymagane** | Parametry oferowane |
| **Zestaw Holter EKG**  Oferowany model, typ, producent ……………………………… | | 2 szt. | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| **a) Oprogramowanie holterowskie:** | |  | **TAK** |  |
| 1 | Oprogramowanie oraz instrukcja obsługi w języku polskim |  | **TAK** |  |
| 2 | Przeprowadzanie klasyfikacji oraz reklasyfikacji zaburzeń rytmu serca ich edycję i walidację |  | **TAK** |  |
| 3 | Analiza dobowa częstości rytmu serca HR |  | **TAK** |  |
| 4 | Prezentacja 24-godzinnej analizy załamka ST, obniżenie/uniesienie |  | **TAK** |  |
| 5 | Alaliza dyspersji QT iQTc |  | **TAK** |  |
| 6 | Analiza HRV |  | **TAK** |  |
| 7 | Analiza migotania przedsionków |  | **TAK** |  |
| 8 | Analiza HRT |  | **TAK** |  |
| 9 | Analiza bezdechu nocnego |  | **TAK** |  |
| 10 | Detekcja i analiza skuteczności pracy rozrusznika |  | **TAK** |  |
| 11 | Dowolna edycja zawartości raportu |  | **TAK** |  |
| 12 | Moduł do edycji fragmentów zapisu EKG |  | **TAK** |  |
| 13 | Baza danych pacjentów wraz z ich badaniami |  | **TAK** |  |
| 14 | Klucz sprzętowy |  | **TAK** |  |
| 15 | Oprogramowanie dostarczone na nonośniku CD lub USB |  | **TAK** |  |
| **b) Rejestrator** | |  | **TAK** |  |
| 17 | Rejestracja 12 kanałów |  | **TAK** |  |
| 18 | Zasilanie - akumulator lub bateria alkaliczna |  | **TAK** |  |
| 19 | Wyświetlacz LCD - rozdzielczość 128x64, możliwość sprawdzenia jakości sygnału |  | **TAK** |  |
| 20 | Zapis na karcie pamięci typu SD, w zestawie min. 2GB |  | **TAK** |  |
| 21 | Instrukcja w języku polskim |  | **TAK** |  |
| 22 | Pas do noszenia rejestratora przez pacjenta |  | **TAK** |  |
| 23 | Kabel do transmisji danych |  | **TAK** |  |
| 24 | Pudełko - futerał do przechowywania urządzenia |  | **TAK** |  |
| 25 | Zestaw elektrod do przeprowadzenia badań |  | **TAK** |  |
| Dostawa oraz instalacja oprogramowania na komputerze klienta | |  | **TAK** |  |
| Gwarancja min. 24 miesiące | |  | **TAK** |  |
| Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 | |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 13A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 12**

**Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 13B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 12**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| 1 | Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu Oferowany model, typ, producent……………………………... | **4 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | **PARAMETRY TECHNICZNO-EKSPLOATACYJNE MINIMUM:** |  |  |  |
| 3 | Respirator transportowy dla dorosłych |  | **Tak** |  |
| 4 | Respirator zaopatrzony w składany uchwyt transportowy |  | **Tak** |  |
| 5 | Kolorowy ekran |  | **Tak** |  |
| 6 | Respirator o napędzie elektrycznym |  | **Tak** |  |
| 7 | Zasilanie energią elektryczną 230V, 50/60Hz |  | **Tak** |  |
| 8 | Wewnętrzny akumulator na min. 3 godz. pracy |  | **Tak** |  |
| 9 | Respirator wyposażony dodatkowo w odłączalny akumulator rezerwowy (łączny czas pracy na akumulatorach min. 6 godz.) |  | **Tak** |  |
| 10 | Możliwość prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej i inwazyjnej |  | **Tak** |  |
| 11 | Kompensacja przecieków |  | **Tak** |  |
| 12 | Zasilanie w sprężony tlen z układu centralnego lub z butli |  | **Tak** |  |
| 13 | Stężenie tlenu w mieszance oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21-100% |  | **Tak** |  |
| 14 | Waga max 6,5 kg wraz z akumulatorami |  | **Tak** |  |
| 15 | Możliwość stosowania układów pasywnych i aktywnych (z zastawką wydechową) |  | **Tak** |  |
| 16 | Możliwość zastosowania nebulizacji w trybie wentylacji nieinwazyjnej |  | **Tak** |  |
| 17 | **DOSTĘPNE TRYBY WENTYLACJI OBJĘTOŚCIOWEJ MINIMUM:** |  |  |  |
| 18 | Wentylacja kontrolowana (CV) |  | **Tak** |  |
| 19 | Wentylacja wspomagana (AC) |  | **Tak** |  |
| 20 | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) |  | **Tak** |  |
| 21 | **DOSTĘPNE TRYBY WENTYLACJI CIŚNIENIOWEJ MINIMUM:** |  |  |  |
| 22 | Wentylacja w trybie kontroli ciśnienia (PC) |  | **Tak** |  |
| 23 | Wentylacja spontaniczna -synchronizowana (S/T) |  | **Tak** |  |
| 24 | Wentylacja spontaniczna (S) |  | **Tak** |  |
| 25 | Funkcja liniowego zwiększania ciśnienia- zmniejsza, a następnie stopniowo (liniowo) zwiększa ciśnienie do ustawionego przepisanego ciśnienia, pozwalając pacjentowi na aklimatyzację do terapii w ciągu dłuższego okresu czasu. |  | **Tak** |  |
| 26 | Czas wzrostu liniowego min. 5-45 min. |  | **Tak** |  |
| 29 | Funkcja wspierająca oddechy spontaniczne pacjenta przez uwzględnienie niewielkiej dekompresji w trakcie późniejszych etapów wdechu oraz w trakcie początkowej fazy wydechu. |  | **Tak** |  |
| 30 | SIMV (PC-SIMV) |  | **Tak** |  |
| 31 | Wentylacja synchronizowana (T) |  | **Tak** |  |
| 32 | Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (CPAP) |  | **Tak** |  |
| 33 | Wentylacja dwufazowa BiLEVEL, BIPAP |  | **Tak** |  |
| 34 | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem z docelową objętością |  | **Tak** |  |
| 35 | Możliwość generowania przepływu wdechowego min 200 l/min celem skutecznej kompensacji niezamierzonych przecieków podczas wentylacji nieinwazyjnej |  | **Tak** |  |
| 36 | Funkcja rozpoznawania oraz kompensacji niezamierzonych nieszczelności systemu i automatycznego dostosowywania wentylacji w celu uzyskania optymalnej wydajności przy występowaniu nieszczelności. |  | **Tak** |  |
| 37 | **REGULOWANE PARAMETRY MINIMUM:** |  |  |  |
| 38 | IPAP min. 4-50 cmH2O |  | **Tak** |  |
| 39 | EPAP/PEEP min. 4- 25 cmH2O |  | **Tak** |  |
| 40 | CPAP (obwody pasywne) min. 4-20 cmH2O |  | **Tak** |  |
| 41 | Wspomaganie ciśnieniowe |  | **Tak** |  |
| 42 | Objętość oddechowa min. 50-2000 ml |  | **Tak** |  |
| 43 | Częstość oddechowa min. 1-60 /min. |  | **Tak** |  |
| 44 | Czas wdechu min. 0,3-5,0 s |  | **Tak** |  |
| 45 | Płynnie regulowany czas narastania |  | **Tak** |  |
| 46 | Czułość wyzwalania przepływu (Trigger) min. 1-9 l/min |  | **Tak** |  |
| 47 | Zastosowanie automatycznego „triggera” wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech – wydech oraz wydech – wdech) reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta, bez konieczności manualnego dostosowania |  | **Tak** |  |
| 48 | **PARAMETRY MONITOROWANE PRZEZ RESPIRATOR MINIMUM:** |  |  |  |
| 49 | Objętość oddechowa |  | **Tak** |  |
| 49 | Wentylacja minutowa |  | **Tak** |  |
| 50 | Szacowana szybkość przecieku |  | **Tak** |  |
| 51 | Częstość oddechu |  | **Tak** |  |
| 52 | Szczytowy przepływ wdechowy |  | **Tak** |  |
| 53 | Szczytowe ciśnienie wdechowe |  | **Tak** |  |
| 54 | Średnie ciśnienie w drogach oddechowych |  | **Tak** |  |
| 55 | Procentowy udział oddechów wyzwalanych przez pacjenta |  | **Tak** |  |
| 56 | Stosunek I:E |  | **Tak** |  |
| 57 | **ALARMY MINIMUM:** |  |  |  |
| 58 | Niskiego ciśnienia wdechowego |  | **Tak** |  |
| 59 | Niskiego ciśnienia wydechowego |  | **Tak** |  |
| 60 | Bezdech |  | **Tak** |  |
| 61 | Wysokiej / niskiej częstości oddechów |  | **Tak** |  |
| 62 | Wysokiej / niskiej wentylacji minutowej |  |  |  |
| 63 | Wysokiej / niskiej objętości oddechowej |  | **Tak** |  |
| 64 | Wysoki/ niski przepływ tlenu |  | **Tak** |  |
| 65 | Odłączenia obwodu oddechowego |  | **Tak** |  |
| 66 | **INNE WYMAGANIA MINIMUM;** |  |  |  |
| 67 | W komplecie na każdy respirator kompletny układ oddechowy jednorazowy dla dorosłych - 5 szt. |  | **Tak** |  |
| 68 | Podstawa jezdna pod respirator |  | **Tak** |  |
| 69 | Respirator wyposażony w przewód połączeniowy do tlenu zakończony wtykiem typu AGA |  | **Tak** |  |
| 70 | Reduktor butlowy do tlenu z szybkozłączem typu AGA dla każdego respiratora oddzielny. |  | **Tak** |  |
| 71 | Menu i Instrukcja obsługi w języku polskim |  | **Tak** |  |
| 72 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 73 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancji bezpłatne |  | **Tak** |  |
| 74 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 14A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 13**

**Laryngoskop**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Laryngoskop** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 14B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 13**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Laryngoskop

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| 1. | Laryngoskop  Oferowany model, typ, producent ……………………………… | 2 | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2. | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |
| 3. | Materiał – stal nierdzewna i odporna na refleksy świetlne |  | **TAK** |  |
| 4. | Poziom jasności> 4200lux |  | **TAK** |  |
| 5. | Możliwość sterylizacji do 134°C, |  | **TAK** |  |
| 6. | Rękojeść bateryjno-akumulatorowa |  | **TAK** |  |
| 7. | Żarówka xenon 2,5 V |  | **TAK** |  |
| 8. | Światłowód |  | **TAK** |  |
| 9. | Łyżki światłowodowe rozmiar 2,3,4; jeden uchwyt |  | **TAK** |  |
| 10. | Gwarancja 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 11. | Walizka z tworzywa |  | **TAK** |  |
| 12. | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 15A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 14**

**Otoskop**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Otoskop** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 15B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 14**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Otoskop

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wymagane parametry** | **Wymagane oferowane** |
| **1** | **OTOSKOP**  **Oferowany model, typ, producent ………………………** | **Szt. 2** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Oświetlenie światłowodowe , wysokiej jakości światłowód |  | **TAK** |  |
| 3 | Żarówka halogenowa HPX ( ksenon pod wysokim ciśnieniem ) |  | **TAK** |  |
| 4 | Obserwacja bez przeszkód dla linii wzroku |  | **TAK** |  |
| 5 | Przesuwna soczewka |  | **TAK** |  |
| 6 | Przystosowany do otoskopii pneumatycznej |  | **TAK** |  |
| 7 | Ręczne usuwanie wziernika z głowicy |  | **TAK** |  |
| 8 | Głowica |  | **TAK** |  |
| 9 | Rękojeść z akumulatorem |  | **TAK** |  |
| 10 | Jednorazowe wzierniki uszne : 2.5mm, 3mm, 4.5mm do dezynfekcji w płynach |  | **TAK** |  |
| 11 | Uchwyt na szpatułki |  | **TAK** |  |
| 12 | Ładowanie akumulatorowe, możliwość zastąpienia akumulatora bateriami |  | **TAK** |  |
| 13 | Ładowarka sieciowa |  | **TAK** |  |
| 14 | Sztywne etui na suwak |  | **TAK** |  |
| 15 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |
| 16 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 17 | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 16A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 15**

**Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji** | **Szt.** | **6** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 16B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 15**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | **NAWILŻACZ POWIETRZA Z FUNKCJĄ JONIZACJI**  Oferowany model, typ, producent ………………………… | Szt. 6 | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Automatyczna kontrola wilgoci ( aktualny poziom nawilżenia powietrza) |  | **TAK** |  |
| 3 | Automatyczne wyłączanie się urządzenia w momencie gdy zbiornik z wodą się opróżni |  | **TAK** |  |
| 4 | Regulacja natężenia pracy nawilżacza |  | **TAK** |  |
| 5 | Zegar pozwala na wskazanie czasu pracy urządzenia min 12 godz. |  | **TAK** |  |
| 6 | Pojemnik na wodę min 5,5l |  | **TAK** |  |
| 7 | Funkcja jonizacji powietrza |  | **TAK** |  |
| 8 | Automatyczna kontrola poziomu wilgoci |  | **TAK** |  |
| 9 | Wyposażony w tryb nocny –praca cicha (poziom hałasu do 35db) |  | **TAK** |  |
| 10 | Powierzchnia min 40m2 |  | **TAK** |  |
| 11 | Zdolność nawilżania min 300(g/h) |  | **TAK** |  |
| 12 | Kolor- możliwość wyboru koloru |  | **TAK** |  |
| 13 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |
| 14 | Gwarancja 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 15 | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 17A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 16**

**Wanna ze zintegrowanym systemem**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Wanna z zintegrowanym systemem** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  | |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 17B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 16**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Wanna ze zintegrowanym systemem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| I. | Wanna z zintegrowanym systemem Oferowany model, typ, producent ………………………………… | **Szt.1** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Wanna stanowi urządzenie wolnostojące |  | **TAK** |  |
| 2 | Wanna wykonana z tworzywa posiadającego certyfikaty dopuszczające ją do stosowania w pomieszczeniach, dla osób niepełnosprawnych. Wykonana z najnowszych technologii i według obowiązujących standardów, zarejestrowana jako urządzenie medyczne |  | **TAK** |  |
| 3 | Wymiary wanny: długość maksymalna – co najmniej 2200mm, nie więcej niż 2300mm, szerokość – co najmniej 800mm, nie więcej niż 970mm |  | **TAK** |  |
| 4 | elektrycznie regulowana wysokość niecki wannowej- zakres regulacji wysokości co najmniej 400mm |  | **TAK** |  |
| 5 | Wanna posiada następujące urządzenia: baterię mieszalną wody z możliwością przełączenia na prysznic ręczny na przewodzie długości ok. 2m, termometr (pomiar temperatury wody) z wyświetlaczem, panel sterujący ustawieniami wanny |  | **TAK** |  |
| 6 | zasilanie elektryczne wanny powinno wynosić 230V i uwzględniać normy obowiązujące na terenie Polski |  | **TAK** |  |
| 7 | układ zasilania elektrycznego wanny zabezpieczony wyłącznikiem różnicowo-prądowym |  | **TAK** |  |
| II. | Wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej: (podnośnik) |  | **TAK** |  |
| 8 | Możliwość transportu pacjenta w pozycji siedzącej i leżącej |  | **TAK** |  |
| 9 | kompatybilny z oferowaną przez wykonawcę wanną |  | **TAK** |  |
| 10 | leże o długości 2000mm +/- 70 mm |  | **TAK** |  |
| 11 | wykonany z materiału odpornego na ciężar pacjenta ( udźwig nie mniej niż 130kg ) |  | **TAK** |  |
| 12 | system kółek skrętnych (wraz z możliwością systemu hamulców) ułatwiających przemieszczenie go wraz z osobą niepełnosprawną |  | **TAK** |  |
| 13 | wykonany z materiału odpornego na korozję |  | **TAK** |  |
| 14 | w komplecie dwa materacyki i podgłówek wykonane z materiału umożliwiającego ich dezynfekcje (materiał odporny na środki dezynfekcyjne) |  | **TAK** |  |
| 15 | mechanizm podnoszenia i opuszczenia leża (regulacja wysokości – podnośnik hydrauliczny z możliwością regulacji prędkości) |  | **TAK** |  |
| 16 | system zabezpieczenia pacjenta przed upadkiem (np. pasy) |  | **TAK** |  |
| Gwarancja min. 24 miesiące | |  | **TAK** |  |
| Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 | |  | **TAK** |  |

Uwaga: Wanna i wózek stanowią zintegrowany system do pielęgnacji chorych. Są to elementy niezbędne do kąpieli pacjentów. Kąpiel w wannie bez użycia podnośnika jest niemożliwa ze wzglądu na stan zdrowia pacjentów oraz ich ograniczone możliwości motoryczne.

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 18A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 17**

**Meble medyczne**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| **1** | **Taboret lekarski** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Szafa lekarska 2-drzwiowa** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Szafa lekarska 1-drzwiowa** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **Szafa wisząca medyczna** | **Szt.** | **5** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Stolik pod aparaturę 2-półkowy z szufladą** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **Kozetka lekarska** | **Szt.** | **10** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **Stanowisko do wstrzyknięć** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 18B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 17**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Meble medyczne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| **I.** | **Taboret lekarski.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **4 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Konstrukcja chromowana wraz z podnóżkiem i kółkami |  | **Tak** |  |
| 3 | Siedzisko i oparcie pokryte łatwo zmywalnym materiałem |  | **Tak** |  |
| 4 | Średnica siedziska 36cm (+/-3cm) |  | **Tak** |  |
| 5 | Średnica podstawy minimum 61 cm |  | **Tak** |  |
| 6 | Wysokość siedziska regulowana w zakresie minimum 60-78cm |  | **Tak** |  |
| 7 | Kolor tapicerki do uzgodnienia z Zamawiającym |  | **Tak** |  |
| 8 | Taboret wyposażony w podstawę pod nogi |  | **Tak** |  |
| **II.** | **Szafa lekarska 2-drzwiowa.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **10 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Dwa skrzydła uchylne |  | **Tak** |  |
| 2 | Drzwi i boki szafy przeszklone wykonane z szyby hartowanej przezroczystej lub szyby klejonej przezroczystej o grubości nie mniejszej niż 4mm |  | **Tak** |  |
| 3 | Drzwi zamykane zamkiem baskwilowym ryglującym w trzech lub dwóch punktach i uchwytem klamkowym |  | **Tak** |  |
| 4 | Szafa wyposażona w 4 półki wykonane ze szkła bezpiecznego hartowanego o minimalnym udźwigu 23 kg |  | **Tak** |  |
| 5 | Konstrukcja i drzwi wykonane z blachy o grubości minimum 0,8mm i malowane proszkowo |  | **Tak** |  |
| 6 | Wymiary wys.180cm(+/-5cm) x szer. 90cm (+/- 5cm) x głęb. 43cm (+/-3cm) |  | **Tak** |  |
| 7 | Kolor w tonacji jasno-szarej do uzgodnienia z zamawiającym |  | **Tak** |  |
| 8 | Nóżki z blachy o wysokości 80 – 130 mm |  | **Tak** |  |
| **III.** | **Szafa lekarska 1-drzwiowa.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **2 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Drzwi i boki szafy przeszklone wykonane z szyby hartowanej przezroczystej lub szyby klejonej przezroczystej o grubości nie mniejszej niż 4mm |  | **Tak** |  |
| 2 | Drzwi zamykane zamkiem baskwilowym ryglującym w trzech lub dwóch punktach i uchwytem klamkowym |  | **Tak** |  |
| 3 | Szafa wyposażona w 4 półki wykonane ze szkła bezpiecznego hartowanego o minimalnym udźwigu 23 kg |  | **Tak** |  |
| 4 | Konstrukcja i drzwi wykonane z blachy o grubości minimum 0,8mm i malowane proszkowo |  | **Tak** |  |
| 5 | Wymiary wys.180cm(+/-5cm) x szer. 60cm (+/- 3cm) x głęb. 43cm (+/-3cm) |  | **Tak** |  |
| 6 | Kolor w tonacji jasno-szarej do uzgodnienia z zamawiającym |  | **Tak** |  |
| 7 | Nóżki z blachy o wysokości 80 – 130 mm |  | **Tak** |  |
| **IV.** | **Szafa medyczna wisząca.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **5 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Drzwi lub drzwi i boki szafy przeszklone, wykonane z szyby hartowanej przezroczystej lub szyby klejonej przezroczystej o grubości nie mniejszej niż 4mm |  | **Tak** |  |
| 2 | Szafa wyposażona w 2 półki wykonane ze szkła bezpiecznego hartowanego o minimalnej grubości 4mm |  | **Tak** |  |
| 3 | Konstrukcja wykonana z blachy o grubości minimum 0,8mm i malowane proszkowo |  | **Tak** |  |
| 4 | Wymiary wys.50cm (+/-5cm) x szer. 100cm (+/- 5cm) x głęb. 25cm (+/-2cm) |  | **Tak** |  |
| 5 | Kolor w tonacji jasno-szarej do uzgodnienia z zamawiającym |  | **Tak** |  |
| **V.** | **Stolik pod aparaturę 2-półkowy z szufladą.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **4 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Stolik wykonany z profili aluminiowych pokryty farbą proszkową |  | **Tak** |  |
| 2 | Pólka oraz szuflada wykonana z płyty laminowanej lub blachy aluminiowej |  | **Tak** |  |
| 3 | Pod górną półką szuflada |  | **Tak** |  |
| 4 | Wymiary wys.82cm (+/-3cm) x szer. minimum 45cm x głęb. 45cm (+/-2cm) |  | **Tak** |  |
| 5 | 4 kółka jezdne |  | **Tak** |  |
| 6 | Kolor w tonacji białej do uzgodnienia z zamawiającym |  | **Tak** |  |
| **VI.** | **Kozetka lekarska.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **10 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Posiada szeroki blat oraz regulowany podgłówek |  | **Tak** |  |
| 2 | W podgłówku stołu znajduje się wycięcie na twarz wraz z zatyczką |  | **Tak** |  |
| 3 | W podgłówku stołu znajduje się wycięcie na twarz wraz z zatyczką |  | **Tak** |  |
| 4 | Regulacja kąta nachylenia zagłówka w zakresie nie mniejszym niż; od -60° do + 45° |  | **Tak** |  |
| 5 | Wykręcana stopka w co najmniej w jednej z nóg kozetki pozwalająca na poziomowanie |  | **Tak** |  |
| 6 | Konstrukcja kozetki wykonana jest ze stali malowanej proszkowo |  | **Tak** |  |
|  | Wymiary: |  |  |  |
| 7 | długość: 1900 mm (+/-100 mm) |  | **Tak** |  |
| 8 | szerokość: 750 mm (+/-50 mm) |  | **Tak** |  |
| 9 | wysokość: 600 mm (+/-50mm). |  | **Tak** |  |
| 10 | Blat obity materiałem skóropodobnym zmywalnym, odpornym na dezynfekcję |  | **Tak** |  |
| 11 | Kolor obicia do ustalenia z Zamawiającym |  | **Tak** |  |
| **VII.** | **Stanowisko do wstrzyknięć.**  Oferowany model, typ, producent : ………………………..…. | **1 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Fotel o stabilnej stalowej konstrukcji malowanej proszkowo |  | **Tak** |  |
| 2 | Wyposażony w zagłówek |  | **Tak** |  |
| 3 | Wyposażony w 2 regulowane podłokietniki zintegrowane |  | **Tak** |  |
| 4 | Wyposażony w regulację kąta pochylenia oparcia |  | **Tak** |  |
| 5 | Siedzisko, oparcie, podłokietniki i zagłówek tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na dezynfekcję |  | **Tak** |  |
| 6 | Dopuszczalne obciążenie nie mniej niż 120 kg |  | **Tak** |  |
|  | Wymiary: |  |  |  |
| 7 | wysokość nie mniejsza niż 1150mm |  | **Tak** |  |
| 8 | całkowita szerokość 850mm (+/- 50mm) |  | **Tak** |  |
| 9 | Kolor tapicerki do ustalenia z Zamawiającym |  | **Tak** |  |
| **VIII.** | Inne: |  |  |  |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 2 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 19A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 18**

**Defibrylator**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Defibrylator** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 19B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 18**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Defibrylator

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| I. | Defibrylator **Oferowany model, typ ………………** | **1 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Półautomatyczny defibrylator zewnętrzny |  | **Tak** |  |
| 2 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **Tak** |  |
| 3 | Urządzenie posiada pamięć do zapisu informacji o zdarzeniach |  | **Tak** |  |
| 4 | Energia defibrylująca dostarczana w postaci dwufazowej; ściętej wykładniczo fali kompensacyjnej impedancyjnie |  | **Tak** |  |
| 5 | Zakres podawanej energii w trybie AED: 50J dla dzieci, 150J dla dorosłych |  | **Tak** |  |
| 6 | Zakres regulacji podawanej energii w trybie manualnym:25-200 J |  | **Tak** |  |
| 7 | Czas ładowania wstrząsu: mniej niż 4 sekundy |  | **Tak** |  |
| 8 | Wbudowany wyświetlacz LCD o wysokiej rozdzielczości |  | **Tak** |  |
| 9 | Wyświetlanie na ekranie algorytmu postępowania |  | **Tak** |  |
| 10 | Instrukcje słowne podczas prowadzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej w polskiej wersji językowej, zgodne z aktualnymi wytycznymi ERC/PRC |  | **Tak** |  |
| 11 | Ekran wyświetla stan urządzenia, stan baterii i status elektrod |  | **Tak** |  |
| 12 | Wymiary: wysokość 6-9 cm, długość 25-31 cm, szerokość 20-27 cm |  | **Tak** |  |
| 13 | Waga defibrylatora max 3,5 kg |  | **Tak** |  |
| 14 | Urządzenie wyposażone w jedną parę elektrod samoprzylepnych, opakowanie każdej elektrody ma zawierać rysunek pokazujący dokładnie, miejsce na ciele w którym powinny być naklejone |  | **Tak** |  |
| 15 | Obudowa urządzenia ma zawierać kieszeń/przedział na elektrody |  | **Tak** |  |
| 16 | Zewnętrzna obudowa urządzenia ma posiadać trwałe elementy z gumy antypoślizgowej chroniące urządzenie |  | **Tak** |  |
| 17 | Urządzenie nie może posiadać ruchomych elementów obudowy |  | **Tak** |  |
| 18 | Urządzenie wyposażone w max 3 przyciski |  | **Tak** |  |
| 19 | Posiada uchwyt transportowy |  | **Tak** |  |
| 20 | Klasa wodoszczelności, pyłoszczelności - IP 55, odporny na odpryskiwanie, pyłoszczelny |  | **Tak** |  |
| 21 | Bateria litowa nieładowalna |  | **Tak** |  |
| 22 | Okres trwałości baterii min 4 lat |  | **Tak** |  |
| 23 | Urządzenie musi mieć możliwość przeprowadzania automatycznych testów obwodów elektrycznych w cyklu codziennym, tygodniowym miesięcznym |  | **Tak** |  |
| 24 | Możliwość aktualizacji oprogramowania w przypadku zmiany wytycznych na zasadzie wgrania nowego oprogramowania bez konieczności wymiany całego urządzenia lub odsyłania do producenta |  | **Tak** |  |
| 25 | W zestawie dodatkowo; 1 para elektrod dla dorosłych, 1 para elektrod pediatrycznych, |  | **Tak** |  |
| 26 | Szafka metalowa na defibrylator: - wymiary dopasowane do wielkości defibrylatora, - wykonana z blachy malowanej proszkowo, - w części frontowej z wbudowaną przejrzystą szybką, - wyposażona w alarm akustyczny uruchamiany przy otwarciu drzwi szafki |  | **Tak** |  |
| 27 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **Tak** |  |
| 28 | Dostęp do autoryzowanego serwisu na terenie Polski |  | **Tak** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 20A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 19**

**Inhalator**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Inhalator** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 20B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 19**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Inhalator

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | Ilość | **Parametry wymagane** | Parametry oferowane |
| I. | **INHALATOR**  **Oferowany model, typ………………………….** | 4 szt. | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Możliwość pracy ciągłej |  | TAK |  |
| 2 | Pobór mocy nie więcej niż 200 VA |  | TAK |  |
| 3 | Ciśnienie przechowywania 700-1060 hPa (+/-30 hPa) |  | TAK |  |
| 4 | Pojemność nebulizatora ( min.-maks.) 2-7 ml |  | TAK |  |
| 5 | Poziom hałasu nie więcej niż 60dB |  | TAK |  |
| 6 | Zasilanie elektryczne 230V, 50/60Hz |  | TAK |  |
| 7 | Średnica cząstek (MMAD), w przybliżeniu 3.0µm |  | TAK |  |
| 8 | Szybkość nebulizacji 0,5 ml/min (+/- 0,1ml/min) |  | TAK |  |
| 9 | Aerosol 70% |  | TAK |  |
| 10 | Wytwarzanie aerozolu ( 2ml, 1% NaF ) 0,4ml |  | TAK |  |
| 11 | Wydajność nebulizatora 0,06 ml/min (+/- 0,01 ml/min) |  | TAK |  |
| 12 | Waga nie więcej niż 2,5 kg |  | TAK |  |
| 13 | Nebulizator ( pojemnik na lek) |  | TAK |  |
| 14 | Ustnik plastikowy |  | TAK |  |
| 15 | Wkładka nosowa |  | TAK |  |
| 16 | Maska inhalacyjna dla dorosłych |  | TAK |  |
| 17 | Przewód powietrza (PCV, 200cm) |  | TAK |  |
| 18 | Filtry do inhalatora (zapasowe minimum 5 szt.) |  | TAK |  |
| 19 | Etui do przechowywania/przenoszenia |  | TAK |  |
| 20 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | TAK |  |
| 21 | Przeglądy w okresie gwarancji 1 raz w roku bezpłatnie |  | TAK |  |
| 22 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 21A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 20**

**Urządzenie - System ogrzewania pacjenta**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Urządzenie - System do ogrzewania pacjenta** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 21B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 20**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Urządzenie - system ogrzewania pacjenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane parametry techniczne** | Ilość | **Parametry wymagane** | Parametry oferowane |
| I. | **URZĄDZENIE –SYSTEM DO OGRZEWANIA PACJENTA**  **Oferowany model, typ, producent**  **………………………….………………** | 2 szt. | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |
| 2 | Urządzenie wykonane z tkaniny poliestrowej lub równoważnej, poprzetykanej wiązkami mikro włókien węglowych |  | **TAK** |  |
| 3 | Mata grzewcza nagrzewa się do temperatury ustawionej na konwerterze. Mata nagrzewa się na całej powierzchni i bezpiecznie ogrzewa pacjenta dzięki przewodzeniu ciepła. Mata dopasowuje się do każdej powierzchni |  | **TAK** |  |
| 4 | Zasilanie 230V przez zasilacz. Napięcie wyjściowe bezpieczne 12V, |  | **TAK** |  |
| 5 | Urządzenie przezierne dla rtg – możliwość wykonywania prześwietleń rtg |  | **TAK** |  |
| 6 | System ogrzewający wyłącznie ciało pacjenta. |  | **TAK** |  |
| 7 | Mata może być prane w pralkach oraz sterylizowane parowo w temperaturze minimum do 130°C |  | **TAK** |  |
| 8 | System wyposażony w materac żelowy wypełniony przezroczystym, gęstym, silikonowym żelem. Wymiary materaca: 90 x 52cm (+/-5cm) x 0,5cm (+/-0,2 cm) |  | **TAK** |  |
| 9 | Pokrowiec o wymiarach 180 x 72cm (+/- 5cm) x 0,2cm, włókna węglowe i poliester lub równoważne |  | **TAK** |  |
| 10 | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 22A do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 21**

**Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej**

………………………………………

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa/Opis** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa produktu** | **Producent** |
| 1 | **Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |

…………………….. dnia: ……………….. …………………………………

Miejscowość Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 22B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – **Część nr 21**

……………………………………………………

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Ilość** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| 1. | Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej Oferowany model, typ, producent ……………………………………… | **1 szt.** | **TAK, oferowany model, typ** |  |
| 2 | Wózek przeznaczony do przewozu chorych w pozycji leżącej i siedzącej, przystosowany do monitorowania pacjenta, wykonywania zdjęć RTG oraz reanimacji |  | **TAK** |  |
| 3 | Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym , odpornym na uszkodzenia mechaniczne |  | **TAK** |  |
| 4 | Trzysegmentowe leże wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG |  | **TAK** |  |
| 5 | Pod leżem prowadnice na kasetkę umożliwiające jej przesunięcie w celu wykonania zdjęć. |  | **TAK** |  |
| 6 | Regulacja segmentu oparcia pleców , uda, przechyłu Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga dokonywana płynnie przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą. |  | **TAK** |  |
| 7 | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dokonywana dźwignią nożną w zakresie nie mniejszej niż 450 – 800mm |  | **TAK** |  |
| 8 | Cztery podwójne lub pojedyncze antystatyczne koła jezdne blokowane centralnie, w tym co najmniej jedno z blokadą kierunkową. |  | **TAK** |  |
| 9 | Aluminiowa listwa wzdłuż leża z przesuwnymi uchwytami do mocowania wyposażenia dodatkowego |  | **TAK** |  |
| 10 | Możliwość montażu kroplówki w przynajmniej 2 narożnikach wózka. |  | **TAK** |  |
| 11 | Wyposażenie: składane barierki boczne , wieszak kroplówki, miejsce na butle z tlenem , krążki odbojowe, materac zaopatrzony w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta, |  | **TAK** |  |
| 12 | Wymiary zewnętrzne: 2180x870mm (+/- 40mm) |  | **TAK** |  |
| 13 | Zakres regulacji wysokości leża nie mniej niż 450x800mm |  | **TAK** |  |
| 14 | Kąt przechyłu Trendelenburga: 0-12° (+/- 3°) |  | **TAK** |  |
| 15 | Kąty przechyłu anty Trendelenburga: 0-12° (+/- 3°) |  | **TAK** |  |
| 16 | Kąty odchylenia oparcia pleców : 0-70° (+/- 5°) |  | **TAK** |  |
| 17 | Kąt odchylenia oparcia uda 0-45° (+/- 5°) |  | **TAK** |  |
| 18 | Bezpieczne obciążenie robocze nie mniej niż 240kg |  | **TAK** |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesiące |  | **TAK** |  |
| 20 | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016 |  | **TAK** |  |

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Uwaga:** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne. Wykonawca zobowiązany jest wpisać słowo TAK lub NIE – zgodnie ze stanem faktycznym w rubryce: parametry oferowane i parametry mieszczące się w zakresie wskazanym przez zamawiającego. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik Nr 23 do SIWZ**

(Wzór oświadczenia wykonawcy o spełnieniu warunków  
 udziału w postępowaniu zgodnie z art. 22 ust. 1)

**Oświadczenie wykonawcy**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

**zgodnie z art. 22 ust .1**

Nazwa i adres Wykonawcy: .......................................................................

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

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

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE**

Spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego dotyczące:

1. Posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania (art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy Pzp),

2. Posiadania wiedzy i doświadczenia (art. 22 ust 1 pkt. 2 ustawy Pzp),

3. Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia (art. 22 ust. 1 pkt. 3 ustawy Pzp),

4. Sytuacji ekonomicznej i finansowej (art. 22 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.).

………………………………………

podpis(y) Wykonawcy(ów)

……………………………, data ………………………

(miejscowość)

**Załącznik nr 24 do SIWZ**

# OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Nazwa i adres Wykonawcy: .......................................................................

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

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

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO** oświadczam, że:

1) nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie okoliczności, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych ponieważ nie należę do:

* wykonawców, w stosunku do których otwarto likwidację lub których upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawców, którzy po ogłoszeniu upadłości zawarli układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego;
* wykonawców, którzy zalegają z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadków gdy uzyskali oni przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
* wykonawców będących osobami fizycznymi, które prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
* wykonawców będących spółką jawną, spółką partnerską, spółką komandytową, spółką komandytowo-akcyjną lub osobą prawną, których odpowiednio wspólnika, partnera, członka zarządu, komplementariusza lub urzędującego członka organu zarządzającego prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
* podmiotów zbiorowych, wobec których sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
* wykonawców będących osobami fizycznymi, które prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769) - przez okres 1 roku od dnia uprawomocnienia się wyroku;
* wykonawców będących spółką jawną, spółką partnerską, spółką komandytową, spółką komandytowo-akcyjną lub osobą prawną, których odpowiednio wspólnika, partnera, członka zarządu, komplementariusza lub urzędującego członka organu zarządzającego prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - przez okres 1 roku od dnia uprawomocnienia się wyroku.

2) nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie okoliczności, o których mowa w artykule 57 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającej dyrektywę 2004/18/WE (Dz. Urz. UE L 94 z 28.03.2014, str. 65, z późn. zm.).

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

(podpis Wykonawcy)

**Załącznik nr 25 do SIWZ**

# INFORMACJA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ

Nazwa i adres Wykonawcy: .......................................................................

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

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

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest **DOSTAWA SPZRĘTU MEDYCZNEGO** oświadczam, że:

**nie należę do grupy kapitałowej / należę do grupy kapitałowej\***

w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2007 r. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.).

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej**\***:

...……………………………………………….………………………………….

...……………………………………………….………………………………….

...……………………………………………….………………………………….

...……………………………………………….………………………………….

...……………………………………………….………………………………….

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

(podpis Wykonawcy)

\* *niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 26 do SIWZ**  
Projekt umowy

**Umowa Nr …………**

zawarta ................. w Górnie pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. J. Pawła II w Górnie, reprezentowanym przez:**

**Elżbietę Burzyńska - Dyrektor**

**zwanym dalej Zamawiającym**

a

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

*(Nazwa lub imię i nazwisko oraz pesel, adres siedziby lub miejsca zamieszkania, imiona, nazwiska i stanowiska umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)*

zwanym (zwaną) dalej w treści umowy **Wykonawcą.**

w wyniku przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 2164) strony zawarły umowę następującej treści:

Zamówienie realizowane w ramach projektu: „Rozbudowa, przebudowa Pawilonu nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w Górnie wraz z infrastrukturą” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009 – 2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 -2014 oraz środków Powiatu Rzeszowskiego.

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest dostawa i montaż:

1) Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 1   
2) Poręcze do nauki chodu (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 2  
3) Wózek do przewożenia leków (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 3  
4) Wózek wielofunkcyjny (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 4  
5) Wózek zabiegowy (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 5  
6) Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 6  
7) Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 7  
8) Aparat EKG + zestaw (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 8  
9) Spirometr + zestaw (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 9  
10) Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem (kpl. 1) - zwana dalej częścią nr 10  
11) Zestaw Holter EKG (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 11  
12) Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 12  
13) Laryngoskop (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 13  
14) Otoskop (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 14  
15) Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji (szt. 6) - zwana dalej częścią nr 15  
16) Wanna ze zintegrowanym systemem (kpl. 1) - zwana dalej częścią nr 16  
17) Meble medyczne - zwana dalej częścią nr 17  
18) Defibrylator (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 18  
19) Inhalator (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 19  
20) Urządzenie - system ogrzewania pacjenta (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 20  
21) Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 21

dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, zgodnie z wykazem rzeczowo - finansowym stanowiącym załącznik do umowy, uruchomienie i sprawdzenie działania dostarczonych urządzeń, wykonanie niezbędnych pomiarów i regulacji wynikających z obowiązujących przepisów (o ile dotyczy) oraz przekazanie poprawnie działających urządzeń razem z wyposażeniem do eksploatacji oraz przeszkolenie personelu w zakresie obsługi dostarczonych urządzeń.

*Powyższa treść ust.1 dotyczy przypadku gdy wykonawca realizował będzie wszystkie części zamówienia. W innym przypadku treść ust.1 zostanie odpowiednio zmodyfikowana.*

2. Wykonawca oświadcza, że urządzenia, o których mowa w ust. 1 stanowią wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2015 poz. 876), są fabrycznie nowe, posiadają oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim.

3. Miejscem dostawy jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie; 36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5. Wykonawca dostarczy urządzenia, o których mowa w ust. 1 do Pawilonu nr 10 ZOL w uzgodnieniu z Zamawiającym oraz dokona ich montażu.

**§ 2**

1. Przedmiot umowy zostanie wykonany w terminie ……… dni od dnia zawarcia umowy.

2. Termin określony w ust. 1 dotyczy wszystkich części.

*Powyższa treść §2 dotyczy przypadku gdy wykonawca realizował będzie więcej niż jedną z części zamówienia. W innym przypadku treść §2 zostanie odpowiednio zmodyfikowana.*

**§ 3**

1. Strony ustalają wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy, zgodnie z ofertą Wykonawcy, na kwotę:

……………………… zł netto + należny podatek VAT … %

wynagrodzenie brutto wynosi: ……………………… zł (słownie:................................................................zł)

2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu umowy.

3. W przypadku gdy w trakcie realizacji umowy nastąpi ustawowa zmiana w zakresie podatku VAT dla dostaw objętych przedmiotem umowy, strony mogą dokonać odpowiedniej zmiany wynagrodzenia umownego brutto.

**§ 4**

1. Odbiór przedmiotu umowy odbędzie się po wykonaniu dostawy i montażu, o których mowa w §1.

2. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego o terminie dostawy nie później niż na jeden dzień przed planowanym terminem dostawy.

3. Warunkiem odbioru jest: zmontowanie dostarczonych urządzeń bez usterek, dostarczenie protokołu z przeszkolenia personelu w zakresie obsługi dostarczonych urządzeń, dostarczenie deklaracji zgodności lub certyfikatów CE oraz instrukcji obsługi w języku polskim dla dostarczonych urządzeń, a dla sprzętów zasilanych elektrycznie protokołu instalacyjnego.

4. Z czynności odbioru zostanie spisany protokół odbioru. Dniem wykonania zamówienia będzie dzień podpisania protokołu odbioru.

**§ 5**

1. Rozliczenie za wykonanie przedmiotu umowy nastąpi na podstawie faktury wystawionej po wykonaniu i odbiorze przedmiotu umowy. - treść ust 1 obowiązująca w przypadku gdy wykonawca realizował będzie jedną z części zamówienia.

1. Rozliczenie za wykonanie przedmiotu umowy nastąpi na podstawie jednej faktury wystawionej po wykonaniu i odbiorze poszczególnych części lub na podstawie faktur wystawionych po wykonaniu i odbiorze poszczególnych części oddzielnie. - treść ust 1 obowiązująca w przypadku gdy wykonawca realizował będzie więcej niż jedną z części zamówienia.

2. Podstawę do wystawienia faktury stanowił będzie protokół odbioru podpisany przez strony umowy.

3. Należność za wykonanie przedmiotu umowy płatna będzie przelewem, w terminie do 30 dni od daty doręczenia Zamawiającemu faktury.

4. Fakturę należy wystawić na: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno, NIP: 814-00-02-902.

5. Zamawiający nie udziela zaliczek.

**§ 6**

1. Wykonawca na przedmiot umowy udziela gwarancji na okres … miesięcy.

2. Wszelkie koszty związane z naprawą gwarancyjną, w szczególności koszty transportu, ponosi Wykonawca.

**§ 7**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w trybie natychmiastowym, w następujących przypadkach:

1) gdy Wykonawca nie wykona przedmiotu umowy w terminie, o którym mowa w § 2,

2) gdy ujawnione zostaną okoliczności świadczące o tym, że Wykonawca złożył w postępowaniu prowadzonym w celu udzielenia zamówienia nieprawdziwe dokumenty pełnomocnictwa lub oświadczenia.

2. Odstąpienie od umowy następuje poprzez złożenie przez Zamawiającego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, w formie pisemnej, wraz z uzasadnieniem przyczyn odstąpienia. Oświadczenie powinno zostać złożone w terminie 7 dni od powzięcia wiadomości o wystąpieniu którejkolwiek z przesłanek wymienionych w ust. 1.

**§ 8**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne w następujących przypadkach i wysokościach:

1) za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, w wysokości 20 % wynagrodzenia umownego brutto,

2) za opóźnienie w dostawie przedmiotu umowy w wysokości 5 % wynagrodzenia umownego brutto za każdy dzień opóźnienia,

3) za opóźnienie w wykonaniu naprawy gwarancyjnej w wysokości 0,5 % wynagrodzenia umownego brutto za każdy dzień opóźnienia liczonego od dnia wyznaczonego na usunięcie uszkodzenia.

2. Zamawiającemu przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych.

3. Zamawiający może dokonać potrącenia wymagalnych kar umownych z wynagrodzenia umownego określonego w § 3. W przypadku gdy wykonawca realizował będzie więcej części zamówienia - treść §8 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 zostanie zmodyfikowana w taki sposób, że podstawą do obliczenia wysokości kar będą kwoty wynagrodzenia brutto poszczególnych części.

**§ 9**

Wykonawca nie może zbywać na rzecz osób trzecich wierzytelności powstałych w wyniku realizacji niniejszej umowy.

**§ 10**

1. Zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Warunkiem dokonania zmiany, o której mowa w § 3 ust. 3, jest złożenie przez Wykonawcę stosownego wniosku, w formie pisemnej, zawierającego uzasadnienie.

**§ 11**

1. Wszelkie zmiany treści umowy mogą być dokonywane wyłącznie w formie aneksu podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności.

2. Spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji niniejszej umowy podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy rzeczowo dla Zamawiającego.

**§ 12**

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z przeznaczeniem 2 egzemplarze dla Zamawiającego 1 egzemplarz dla Wykonawcy.

**Zamawiający: Wykonawca:**