



ST/DZP/2/2017

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

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH  
WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Podstawa prawna:

ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.) zwana dalej ustawą

Tryb postępowania:

przetarg nieograniczony

Przedmiot zamówienia:

**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio.**

w ramach projektu:

„Rozbudowa, przebudowa pawilonu nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w górnio wraz z infrastrukturą” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009 – 2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 -2014 oraz środków Powiatu Rzeszowskiego.

Zatwierdzam:

Dyrektor mgr inż. Elżbieta Burzyńska

Górnio, dn. 16.01.2017 r.

ST/DZP/2/2017

### 1. Nazwa i adres zamawiającego.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio, woj. podkarpackie  
tel. (017) 77-28-895, 77-28-896, 77-28-933, fax (017) 77-28-968, e-mail:  
[zamowienia@gorno.eu](mailto:zamowienia@gorno.eu), strona internetowa: <http://www.gorno.eu>,  
<http://alzheimergorno.pl>, godziny pracy: od poniedziałku do piątku od 7<sup>30</sup> do 15<sup>00</sup>

### 2. Tryb udzielenia zamówienia.

**2.1.** Postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.) zwanej dalej „ustawą”, z zastosowaniem procedury o której mowa w art. 24aa ustawy.

### 3. Opis przedmiot zamówienia.

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

#### 3.2. Oferty częściowe

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.

#### 3.3. OPIS CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego, nie noszącego śladów użytkowania sprzętu medycznego. Oferowany sprzęt musi być wyrobem medycznym 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 17 części wymienionych poniżej:

Część nr: 1 - Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny (szt. 14). Szczegółowy opis zawiera formularz cenowy oraz formularz wymagań technicznych - załącznik nr 2A i 2B do SIWZ;

Część nr 2 - Koncentrator tlenu (szt. 4)

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

Część nr 3 - Defibrylator (szt. 1)

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

Część nr 4 - Inhalator (szt. 4)

ST/DZP/2/2017

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

Część nr 5 - Wózek inwalidzki XXL (szt. 5)

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

Część nr 6 - Wózek inwalidzki standardowy (szt. 15)

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

Część nr 7 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej (szt. 1)

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

Część nr 8 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy (szt. 4)

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

Część nr 9 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem (szt. 2)

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

Część nr 10 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu (szt. 4)

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

Część nr 11 - Laryngoskop (szt. 2)

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

Część nr 12 - Otoskop (szt. 2)

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

Część nr 13 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji (szt. 6)

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

Część nr 14 - Meble medyczne

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

Część nr 15 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny (szt. 2)

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

Część nr 16 - Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem (kpl. 1)

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

Część nr 17 - Parawany (szt. 34)

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

ST/DZP/2/2017

### **3.4. Podwykonawcy.**

Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez wykonawcę kluczowych części zamówienia. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy. Wykonawca, zobowiązany jest podać w formularzu ofertowym części zamówienia, które zamierza powierzyć podwykonawcom. Wykonawca odpowiada za działania i zaniechania ewentualnych podwykonawców jak za własne.

### **3.5. Oferty wariantowe.**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

### **3.6. Wspólny Słownik Zamówień CPV.**

Przedmiot zamówienia (kod CPV) : 331000000.

#### **4. Termin wykonania zamówienia.**

Przedmiot zamówienia należy zrealizować w terminie do dnia 25 kwietnia 2017 r.

#### **5. Warunki udziału w postępowaniu.**

**Warunki udziału w postępowaniu, jakie muszą spełniać Wykonawcy.**

##### **5.1 O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy:**

##### **5.1.1 nie podlegają wykluczeniu i spełniają warunki udziału w postępowaniu.**

##### **5a. Podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 5 ustawy.**

Zamawiający przewiduje wykluczenie wykonawcy na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1, 5 i 6 ustawy.

##### **„Samooczyszczenie”**

Wykonawca, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 13-14 oraz 16-20 ustawy Pzp może przedstawić dowody na to, że podjęte przez niego środki są wystarczające do wykazania jego rzetelności, w szczególności udowodnić naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub naprawienie szkody, wyczerpujące wyjaśnienia stanu faktycznego oraz współpracę z organami ścigania oraz podjęcie konkretnych środków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, które są odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom lub przestępstwom skarbowym lub nieprawidłowemu postępowaniu wykonawcy. Wskazanej regulacji nie stosuje się, jeżeli wobec wykonawcy, będącego podmiotem zbiorowym, orzeczono prawomocnym wyrokiem sądu zakaz ubiegania się o udzielenie zamówienia oraz nie upłynął określony w tym wyroku okres obowiązywania tego zakazu.

#### **6. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.**

ST/DZP/2/2017

**6.1. Oświadczenie wymagane przez Zamawiającego do przedłożenia przez każdego wykonawcę wraz z ofertą:**

6.1.1. aktualne na dzień składania ofert oświadczenie stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania.

6.1.2. oświadczenie, o którym mowa w pkt 6.1.1, wykonawca zobowiązany jest złożyć w formie Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia (JEDZ).

Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić wstępne potwierdzenie, że wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu. Treść oświadczenia stanowi **Załącznik nr 19** do SIWZ.

Jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom Zamawiający żąda aby w celu wykazania barku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu złożył jednolite dokumenty dotyczące tych podwykonawców.

**6.2. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwie wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia następujących oświadczeń lub dokumentów:**

*Zamawiający informuje, że w przedmiotowym postępowaniu zostanie zastosowana procedura wynikająca z art. 24aa ust. 1 ustawy (tzw. procedura odwrócona). Oznacza to, że zamawiający najpierw dokona oceny ofert, a następnie zbada, czy wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.*

**6.2.1. W celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia wykonawcy z udziału w postępowaniu, zamawiający wezwie wykonawcę do dostarczenia następujących dokumentów:**

- a) informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy oraz, odnośnie skazania za wykroczenie na karę aresztu, w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 5 i 6 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu;
- b) zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;

ST/DZP/2/2017

- c) zaświadczenia właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
- d) odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy;
- e) oświadczenia wykonawcy o braku wydania prawomocnego wyroku sądu skazującego za wykroczenie na karę ograniczenia wolności lub grzywny w zakresie określonym przez zamawiającego na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 5 i 6 ustawy;
- f) oświadczenia wykonawcy o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej; w przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.

**6.2.2. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający wezwie wykonawcę do dostarczenia następujących dokumentów:**

- a) 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.
- b) Dla towarów będących wyrobami medycznymi zamawiający wymaga złożenia dokumentów potwierdzających zgłoszenie wyrobu do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
- c) 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.
- d) Materiały zawierające szczegółowe opisy, fotografie oferowanych urządzeń.

**6.3. Dokumenty dotyczące przynależności do tej samej grupy kapitałowej.**

**6.3.1.** Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy, przekaże zamawiającemu

ST/DZP/2/2017

oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Wzór oświadczenia stanowi **Załącznik nr 20** do specyfikacji.

#### **6.4. Informacja dla wykonawców, którzy mają siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w 6.2.1 a) – d):

1. składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 oraz ust. 5 pkt 5 i 6 ustawy - wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
2. składa dokument wystawiony w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzający, że nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności 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;
3. składa dokument wystawione w kraju, w którym wykonawca 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.

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

**6.4.1** Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 6.4., zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Terminy, o których mowa w pkt. 6.4. stosuje się.

**6.5.** Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej

ST/DZP/2/2017

Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w pkt 6.2.1 lit. a), składa dokument, o którym mowa w pkt 6.4. ust. 1, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 oraz ust. 5 pkt 6 ustawy. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Terminy, o których mowa w pkt 6.4. ust. 1 i ust. 3 stosuje się.

## **6.6. Informacja dla wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego.**

**6.6.1.** W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Oświadczenie to ma wstępnie potwierdzać spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw wykluczenia.

**6.6.2.** Wykonawcy występujący wspólnie muszą, zgodnie z zapisami art. 23 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia lub do reprezentowania ich w postępowaniu oraz zawarciu umowy o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego. Do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo, które powinno dokładnie określać zakres umocowania.

## **7. Informacje o sposobie porozumiewania się zamawiającego z wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów, a także wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z wykonawcami:**

**7.1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zamawiający oraz wykonawcy, za wyjątkiem oferty, umowy oraz oświadczeń i dokumentów wymienionych w pkt. 6 przekazują:**

- a) pisemnie za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, osobiście, za pośrednictwem posłańca na adres Zamawiającego tj.: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnicy, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnica, woj. podkarpackie, lub
- b) przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną na adres e-mail: [zamowienia@gorno.eu](mailto:zamowienia@gorno.eu)

**7.2.** Dokumenty, które należy uzupełnić na wezwania zamawiającego w trybie art. 26 ust. 3 ustawy mające potwierdzać spełnienie warunków udziału w postępowaniu lub



ST/DZP/2/2017

brak podstaw do wykluczenia z postępowania składane są w oryginale lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez wykonawcę. W przypadku składania elektronicznych dokumentów powinny być one opatrzone przez wykonawcę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**7.3.** Wszelką korespondencję dotyczącą niniejszego postępowania należy kierować do Zamawiającego z zapisem w nagłówku: „Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu medycznego ozn. spr. ST/DZP/02/2017”.

**7.4.** Osobą ze strony zamawiającego upoważnioną do kontaktowania się z Wykonawcami jest Pan Tomasz Dobosz, w godzinach od 7:30 do 15:00 od poniedziałku do piątku.

**7.5.** Zamawiający nie zamierza zwołać zebrania z Wykonawcami.

## **8. Termin związania ofertą.**

**8.1.** Wykonawca będzie związany ofertą do dnia 28 kwietnia 2017 r. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert. (art. 85 ust. 5 ustawy).

**8.2.** Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym że zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.

## **9. Opis sposobu przygotowania oferty.**

**9.1.** Wykaz dokumentów składanych przez Wykonawcę.

- a) **formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SIWZ.** (Formularz zawiera m.in. oświadczenie, 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) oferowany sprzęt jest wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U.2015 poz. 876) a także posiada oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim,
- b) **formularz cenowy – załączniki 2a – 18a do SIWZ** (w zależności od wyboru części na którą/e składana jest oferta),
- c) **formularz wymagań technicznych – załączniki 2b – 18b do SIWZ** (w zależności od wyboru części na którą/e składana jest oferta),
- d) oświadczenie wymienione w punkcie 6.1.1 niniejszej specyfikacji tj. **Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ)**,
- e) **dowód wniesienia wadium.**

ST/DZP/2/2017

**9.2.** Oferta musi być sporządzona w języku polskim i napisana czytelnie w formie pisemnej.

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

**9.4.** Dokumenty dotyczące treści oferty są składane w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.

**9.5.** Oświadczenia, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126) dotyczące Wykonawcy i innych podmiotów, na których zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy oraz dotyczących podwykonawców składane są w oryginale. Dokumenty, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126), inne niż oświadczenia, o których mowa w zdaniu poprzednim składane są w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

**9.6.** Poświadczenia za zgodność z oryginałem odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie, którego każdego z nich dotyczą.

**9.7.** Jeżeli zasady reprezentacji wykonawcy nie wynikają między innymi z odpisu z właściwego rejestru wymagane jest załączenie aktualnego dokumentu lub jego poświadczonej kopii za zgodność z oryginałem przez uprawnionego przedstawiciela do reprezentowania wykonawcy uprawnającego do składania podpisów w imieniu Wykonawcy.

**9.8.** Wszystkie opracowane przez zamawiającego załączniki do niniejszej specyfikacji stanowią wyłącznie propozycję co do formy wymaganych dokumentów. Dopuszcza się przedstawienie wymaganych załączników w formie własnej opracowanej przez wykonawcę, pod warunkiem, iż dokumenty będą zawierać wszystkie żądane przez zamawiającego informacje zawarte w załącznikach i niniejszej specyfikacji oraz będą podpisane przez Wykonawcę.

**9.9.** Każdy wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez danego wykonawcę. Ofertę składa się w jednym egzemplarzu.

**9.10.** Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SIWZ.

ST/DZP/2/2017

**9.11.** Poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone podpisem osoby (osób) podpisującej ofertę.

**9.12.** Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

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

**9.14.** Opakowanie i oznakowanie oferty: Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu w siedzibie zamawiającego tj. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio, woj. podkarpackie, w sekretariacie oraz oznaczyć jak w poniższej ramce:

**Oferta w przetargu na dostawę sprzętu medycznego**

Znak postępowania **ST/DZP/2/2017**

Nie otwierać przed dniem **28.02.2017 r. godz. 10:30**

**9.15.** Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 8 w zw. z art. 96 ust. 3 ustawy oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.), jeśli wykonawca w terminie składania ofert zastrzegł, że nie mogą one być udostępniane i jednocześnie wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

**9.16.** Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone, jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez wykonawcę złożone w oddzielnej wewnętrznej kopercie z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa”, lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty. Brak jednoznacznego wskazania, które informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oznaczać będzie, że wszelkie oświadczenia i zaświadczenia składane w trakcie niniejszego postępowania są jawne bez zastrzeżeń.

**9.17.** Zastrzeżenie informacji, które nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji będzie traktowane, jako bezskuteczne i skutkować będzie zgodnie z uchwałą SN z 20 października 2005 (sygn. III CZP 74/05) ich odtajnieniem.

**9.18.** Zamawiający informuje, że w przypadku kiedy wykonawca otrzyma od niego wezwanie w trybie art. 90 ustawy, a złożone przez niego wyjaśnienia i/lub dowody stanowiąc będą tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji Wykonawcy będzie przysługiwało prawo zastrzeżenia ich jako tajemnica przedsiębiorstwa. Przedmiotowe zastrzeżenie zamawiający uzna za skuteczne wyłącznie w sytuacji kiedy wykonawca oprócz samego zastrzeżenia, jednocześnie wykaże, iż dane informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

ST/DZP/2/2017

**9.19.** Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty pod warunkiem, że zamawiający otrzyma pisemne zawiadomienie o wprowadzeniu zmian przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych zasad, jak składana oferta tj. w kopercie odpowiednio oznakowanej napisem „ZMIANA”. Koperty oznaczone „ZMIANA” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zostaną dołączone do oferty.

**9.20.** Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak wprowadzanie zmian i poprawek z napisem na kopercie „WYCOFANIE”.

Koperty oznakowane w ten sposób będą otwierane w pierwszej kolejności po potwierdzeniu poprawności postępowania wykonawcy oraz zgodności ze złożonymi ofertami. Koperty ofert wycofywanych nie będą otwierane.

**9.21.** Do przeliczenia na PLN wartości wskazanej w dokumentach złożonych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu, wyrażonej w walutach innych niż PLN, zamawiający przyjmie średni kurs publikowany przez Narodowy Bank Polski z dnia ukazania się ogłoszenia o zamówieniu.

**9.22.** Oferta, której treść nie będzie odpowiadać treści SIWZ, z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 ustawy zostanie odrzucona (art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy). Wszelkie niejasności i obiekcje dotyczące treści zapisów w SIWZ należy zatem wyjaśnić z zamawiającym przed terminem składania ofert w trybie przewidzianym w punkcie 7 niniejszej SIWZ. Przepisy ustawy nie przewidują negocjacji warunków udzielenia zamówienia, w tym zapisów projektu umowy, po terminie otwarcia ofert.

## **10. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert.**

**10.1.** Oferty należy składać do dnia **28.02.2017 r. do godziny 10:00** w siedzibie zamawiającego tj. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnicy, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnica, woj. podkarpackie, w sekretariacie. Oferta złożona po terminie będzie zwrócona wykonawcy bez rozpatrzenia.

**10.2.** Decydujące znaczenie dla oceny zachowania terminu składania ofert ma data i godzina wpływu oferty do Zamawiającego, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową czy kurierską.

**10.3.** Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **28.02.2017 r. o godzinie 10:30** w siedzibie zamawiającego tj. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki

ST/DZP/2/2017

Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio, woj. podkarpackie, w sali konferencyjnej.

**10.4.** Otwarcie ofert jest jawne. Podczas otwarcia ofert zamawiający odczyta informacje, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy.

**10.5.** Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na stronie <http://przetargi.gorno.eu> informacje dotyczące:

- a) kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;
- b) firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;
- c) ceny

## **11. Opis sposobu obliczenia ceny.**

**11.1.** Cena oferty, za całość zamówienia, musi być podana cyfrowo z wyodrębnieniem podatku VAT. Cena oferty winna być obliczona i zapisana zgodnie z formularzem ofertowym. Cena ofertowa = cena netto + podatek VAT.

**11.2.** Ceny muszą być: podane i wyliczone w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku (zasada zaokrąglenia – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).

**11.3.** Cena musi być wyrażona w PLN (złoty polski). Rozliczenia między zamawiającym a wykonawcą prowadzone będą w walucie polskiej (złoty polski). Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych.

**11.4.** W cenie oferty należy uwzględnić wszystkie koszty związane z całkowitym zgodnym z prawem wykonaniem przedmiotu zamówienia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia do zamawiającego.

**11.5.** 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.

## **12. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert.**

**12.1.** Zamawiający wybiera ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryteriów oceny ofert określonych w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

**12.2.** Do wyboru oferty przyjmuje się najkorzystniejszy bilans poniższych składników:

ST/DZP/2/2017

<i>Lp.</i>	<i>Kryterium</i>	<i>Ranga</i>
1.	Cena	60%
2.	Okres gwarancji	40%

1. Przy ocenie ofert i wyborze najkorzystniejszej oferty, zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

- 1) cena - 60%
- 2) okres gwarancji - 40%

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.

3. Zasady punktacji ofert:

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

$$C = \frac{C_{\min}}{C_0} \times 100 \text{ punktów} \times 60\%$$

gdzie:

**C** min - cena najniższa spośród ofert,

**C**0 - cena oferty ocenianej.

2) 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 48 miesięcy i więcej otrzymuje maksymalną liczbę punktów  $G = 40$ .

Liczba punktów dla oferty, w której wykonawca zaoferuje okres gwarancji wynoszący mniej niż 48 miesięcy wyliczona zostanie wg następującego wzoru:

ST/DZP/2/2017

$$G = \frac{\text{okres gwarancji oferty ocenianej}}{48 \text{ miesięcy}} \times 100 \text{ punktów} \times 40\%$$

Ilość miesięcy okresu gwarancji Wykonawca winien podać na druku Oferta (Załącznik nr 1 do SIWZ).

4. Łączna punktacja = C + G

Wyniki wyliczeń zaokrąglone zostaną do dwóch miejsc po przecinku.  
Zasady punktacji ofert opisane w ust. 3 dotyczą każdej części zamówienia z osobna.

### **13. Informacje o formalnościach, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.**

**13.1.** Zamawiający podpisze umowę z Wykonawcą, który przedłoży ofertę najkorzystniejszą z punktu widzenia kryteriów przyjętych w specyfikacji.

**13.2.** Wybrany wykonawca zostanie zawiadomiony o terminie i miejscu podpisania umowy.

**13.3.** Wykonawcy wspólnie ubiegający się o niniejsze zamówienie, których oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, przed podpisaniem umowy o realizację zamówienia są zobowiązani dostarczyć zamawiającemu stosowną umowę regulującą współpracę.

**13.4.** Osoby reprezentujące wykonawcę przy podpisywaniu umowy powinny posiadać ze sobą dokumenty potwierdzające ich umocowanie do podpisania umowy, o ile umocowanie to nie będzie wynikać z dokumentów załączonych do oferty.

**13.7.** Niedopełnienie obowiązku podpisania umowy w uzgodnionym terminie uznane zostanie za uchylenie się od jej podpisania.

**13.8.** W przypadku, gdy wykonawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, uchyla się od zawarcia umowy, zamawiający będzie mógł wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert chyba, że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy.

**14. Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy w sprawie zamówienia publicznego, ogólne warunki umowy albo wzór umowy, jeżeli zamawiający wymaga od wykonawcy, aby zawarł z nim umowę w sprawie zamówienia publicznego na takich warunkach.**

ST/DZP/2/2017

**14.1.** Wzór umowy jaka zostanie zawarta z wybranym wykonawcą stanowi **załącznik nr 21** do niniejszej specyfikacji.

**14.2.** Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień zawartej umowy w zakresie:

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

**15. Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujących wykonawcy w toku postępowania o udzielenie zamówienia:**

Zgodnie z art. 179 ustawy, środki ochrony prawnej przysługują wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów niniejszej ustawy. W niniejszym postępowaniu przysługują środki ochrony prawnej uregulowane w dziale VI, rozdział 1 - 3 w art. 179 – art. 198 g ustawy.

1. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
2. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej lub w postaci elektronicznej, podpisane bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub równoważnego środka, spełniającego wymagania dla tego rodzaju podpisu.
4. Odwołujący przesyła kopię odwołania zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
5. Wykonawca może w terminie przewidzianym do wniesienia odwołania poinformować zamawiającego o niezgodnej z przepisami ustawy czynności podjętej przez niego lub zaniechaniu czynności, do której jest on zobowiązany na podstawie ustawy, na które nie przysługuje odwołanie na podstawie art. 180 ust. 2.
6. W przypadku uznania zasadności przekazanej informacji zamawiający powtarza czynność albo dokonuje czynności zaniechanej, informując o tym wykonawców w sposób przewidziany w ustawie dla tej czynności.
7. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia - jeżeli zostały przesłane w



ST/DZP/2/2017

sposób określony w art. 27 ust. 2, albo w terminie 15 dni - jeżeli zostały przesłane w inny sposób.

8. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, także wobec postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, wnosi się w terminie 10 dni od dnia zamieszczenia ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych lub specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej.
9. Odwołanie wobec czynności innych niż określone w ust. 7 i ust. 8 wnosi się w terminie 10 dni od dnia w którym powzięto, lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

## **16. Tryb ogłoszenia wyników postępowania:**

16.1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający zawiadomi wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

- a) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację;
- b) Wykonawcach, którzy zostali wykluczeni;
- c) Wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, powodach odrzucenia oferty, a w przypadkach, o których mowa w art. 89 ust. 4 i 5, braku równoważności lub braku spełniania wymagań dotyczących wydajności lub funkcjonalności;
- d) unieważnieniu postępowania – podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

16.2. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający zamieści na stronie internetowej <http://przetargi.gorno.eu> zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zawierające informację, o których mowa w pkt. 16.1. a) lub zawiadomienie o unieważnieniu postępowania zawierające informację, o których mowa w pkt. 16 1 lit. d).

16.3. Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia zostanie przekazane do publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

## **17. Wymagania dotyczące wadium**

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

ST/DZP/2/2017

- Część nr 1 - Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny – 2 000 PLN (słownie: dwa tysiące zł)
- Część nr 2 - Koncentrator tlenu – 400 PLN (słownie: czterysta zł)
- Część nr 3 - Defibrylator – 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt zł)
- Część nr 4 - Inhalator – 20 PLN (słownie: dwadzieścia zł)
- Część nr 5 - Wózek inwalidzki XXL – 300 PLN (słownie: trzysta zł)
- Część nr 6 - Wózek inwalidzki standardowy – 100 PLN (słownie: sto zł)
- Część nr 7 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej – 150 PLN (słownie: sto pięćdziesiąt zł)
- Część nr 8 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy – 30 PLN (słownie: trzydzieści zł)
- Część nr 9 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem – 500 PLN (słownie: pięćset zł)
- Część nr 10 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu – 1 200 PLN (słownie: jeden tysiąc dwieście zł)
- Część nr 11 - Laryngoskop – 20 PLN (słownie: dwadzieścia zł)
- Część nr 12 - Otoskop – 30 PLN (słownie: trzydzieści zł)
- Część nr 13 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji – 50 PLN (słownie: pięćdziesiąt zł)
- Część nr 14 - Meble medyczne – 400 PLN (słownie: czterysta zł)
- Część nr 15 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny – 200 PLN (słownie: dwieście zł)
- Część nr 16 - Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem – 500 PLN (słownie: pięćset zł)
- Część nr 17 - Parawany - 200 PLN (słownie: dwieście zł)

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:

ST/DZP/2/2017

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/02/2017 – 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.

18. Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy

Wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umowy nie jest wymagane.

19. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy Pzp.

20. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.

21. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

22. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

#### **Załączniki do SIWZ:**

1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1

2. Formularz cenowy – Załącznik nr 2a – 18a

3. Formularz wymagań technicznych - Załącznik nr 2b – 18b

3. formularz JEDZ – Załącznik nr 19

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ - Załącznik nr 20

8. Wzór umowy - Załącznik nr 21

ST/DZP/2/2017

(Załącznik nr 1)

## FORMULARZ OFERTY

### 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 Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio

### II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy dostawy sprzętu medycznego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, w asortymencie, ilości oraz w cenach określonych w załączniku nr 2A-18A, 2B-18B (formularze asortymentowo-cenowe) do SIWZ stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.

### III. Cena oferty oraz okres gwarancji:

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych został złożony na formularzu asortymentowo-cenowym zgodnie z załącznikiem nr 2A-18A do SIWZ stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.

ST/DZP/2/2017

**W niniejszym formularzu należy podać cenę łączną oferty oraz okres gwarancji:**

**Część 1 – Materac przeciwodłęzynowy zmiennociśnieniowy**

**wysokospecjalistyczny**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 2 – Koncentrator tlenu**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 3 - Defibrylator**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

ST/DZP/2/2017

**Część 4 - Inhalator**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 5 - Wózek inwalidzki XXL**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 6 - Wózek inwalidzki standardowy**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 7 - Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

ST/DZP/2/2017

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 8 - Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 9 - Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**Część 10 - Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

ST/DZP/2/2017

(słownie: .....)

### **Część 11 - Laryngoskop**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

### **Część 12 - Otoskop**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

### **Część 13 - Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)

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

Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

### **Część 14 - Meble medyczne**



ST/DZP/2/2017

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)
podatek VAT ..... zł (słownie:.....zł)
Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)
Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y
(słownie: .....)

**Część 15 - Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)
podatek VAT ..... zł (słownie:.....zł)
Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)
Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y
(słownie: .....)

**Część 16 - 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 okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y
(słownie: .....)

**Część 17 - Parawany medyczne**

Cena netto ..... zł (słownie:.....zł)
podatek VAT ..... zł (słownie:.....zł)
Cena brutto:..... zł (słownie.....zł)

ST/DZP/2/2017

Oferowany okres gwarancji wynosi ..... miesiące/y

(słownie: .....)

**IV. Części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom<sup>1)</sup>:**

.....

.....

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 sprzęt będący wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U.2015 poz. 876), posiadający oznakowanie CE oraz instrukcje obsługi w języku polskim.
3. Uważa się za związanego ofertą do dnia 28 kwietnia 2017 r.
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:

.....



ST/DZP/2/2017

Oferta została złożona na ..... kolejno ponumerowanych stronach łącznie ze  
wszystkimi  
załącznikami wymaganymi przez Zamawiającego.

.....  
(podpis Wykonawcy)

---

<sup>1)</sup>Wypełnić jeżeli dotyczy.

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 2A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 1**

**Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny</b>	SZT	14						
<b>OGÓLEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 2B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 1

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

**Materac przeciwoodleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny**

LP.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
1	<b>Materac przeciwoodleżynowy zmiennociśnieniowy</b> Oferowany model, typ, producent: .....	14 szt.	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
2	Materac powietrzny przeciwoodleżynowy. Model z produkcji seryjnej.		<b>Tak</b>	
3	Materac przeznaczony dla pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn oraz z odleżynami wszystkich typów.		<b>Tak</b>	
4	Materac o wymiarach 200cm (+/- 3cm) x 86cm (+/- 2cm). Wysokość 11,5 cm (+/- 1 cm)		<b>Tak</b>	
5	Materac kładziony na standardowy materac szpitalny posiadający cztery narożne taśmy stabilizujące		<b>Tak</b>	
6	Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo. W celu łatwego mocowania pokrowca ma on posiadać trwałe oznakowanie pozycji głowy bądź stóp pacjenta.		<b>Tak</b>	
7	Zasilanie 230V 50Hz		<b>Tak</b>	
8	System pracy zmiennociśnieniowy, dynamiczny, z możliwością przełączenia na tryb statyczny.		<b>Tak</b>	
9	Materac zbudowany z minimum 20 poprzecznych komór wykonanych z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu (lub równoważne) zapewniającego wieloletnie użytkowanie. Komory materaca pojedynczo wymienne.		<b>Tak</b>	
10	Komory umieszczone w rzędach winny napełniać się powietrzem i opróżniać na przemian (co druga) w stałym cyklu 10- minutowym (+/- 5min.). Komory w sekcji głowy winny być stale napełnione powietrzem.		<b>Tak</b>	

ST/DZP/2/2017

11	Minimum połowa komór materaca wyposażona w dodatkowe wewnętrzne komory powietrzne (komora w komorze) celem centralizacji pacjenta oraz zapobiegania możliwości zsunięcia się pacjenta z materaca		<b>Tak</b>	
12	Materac z funkcją owiewu powietrzem ciała pacjenta posiadający mikrootworki, przez które wypływa powietrze osuszające i chłodzące ciało pacjenta.		<b>Tak</b>	
13	Rozpoznający obciążenie wywierane na materac przez pacjenta i regulującym samoczynne i bezobsługowo ciśnienie zależnie od wagi i pozycji pacjenta. Dodatkowa możliwość ręcznej regulacji komfortu leżenia.		<b>Tak</b>	
14	Limit wagi pacjenta nie mniej niż 200kg		<b>Tak</b>	
15	Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 6 godz. Funkcja transportu włącza się automatycznie poprzez odłączenie przewodów powietrznych materaca od pompy		<b>Tak</b>	
16	Materac wyposażony w zasilacz pneumatyczny zawieszany na ramie łóżka, zaopatrzony w panel sterowania z wskaźnikami sygnalizującymi.		<b>Tak</b>	
17	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>Tak</b>	

**Uwaga!** Należy wypełnić wszystkie pozycje tabeli pod rygorem odrzucenia oferty. Oferowany sprzęt musi posiadać wszystkie określone jako wymagane parametry. 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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 3A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 2**

**Koncentrator tlenu**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	Koncentrator tlenu	SZT	4						
<b>OGÓLEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 3B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 2

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE**

**Koncentrator tlenu**

LP	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
1	<b>KONCENTRATOR TLENU</b> Oferowany model, typ..... Wymagane parametry techniczne	4 szt.	Tak podać model, typ;	
2	Możliwość podpięcia wążów tlenowych		<b>TAK</b>	
3	Możliwość podpięcia maski tlenowej		<b>TAK</b>	
4	Wyposażony w pewny i wygodny uchwyt do transportu		<b>TAK</b>	
5	Współczynnik przepływu tlenu od 1l do 5l/min		<b>TAK</b>	
6	Stężenie tlenu od 90% +/- 4% (5l/min) - 92% (+/- 3%) (2l/min)		<b>TAK</b>	
7	Ciśnienie wyjściowe 8 (+/- 1 PSI )		<b>TAK</b>	
8	Po uruchomieniu możliwość przeprowadzenia testu sprawności lub autotestu sprawności w momencie uruchomienia urządzenia.		<b>TAK</b>	
9	Poziom hałasu nie więcej < 55 dBA		<b>TAK</b>	
10	Napięcie AC 230V/ 50-60Hz		<b>TAK</b>	
11	Pobór energii maksymalnie 370 WAT		<b>TAK</b>	
12	Waga maksymalnie 18 kg		<b>TAK</b>	



ST/DZP/2/2017

13	Wymiary 39 x 44 x 58cm (+/- 4cm) lub 58 x 38 x 24 cm lub 36 x 23 x 58,5 cm lub 30,4cm x 34,2cm x 62,2cm lub 42x16x28cm		<b>TAK</b>	
14	Tryb pracy ciągły		<b>TAK</b>	
15	Wyposażony w alarm audiowizualny informujący o potrzebie wymiany kaniuli nosowej , filtra lub zbiornika z wodą		<b>TAK</b>	
16	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>TAK</b>	
17	Przeglądy w okresie gwarancji 1 raz w roku bezpłatnie		<b>TAK</b>	

**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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 4A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 3**

**Defibrylator**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Defibrylator</b>	Szt.	1						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

Załącznik Nr 4B do SIWZ

Formularz wymagań technicznych – Część nr 3

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
Defibrylator

Lp.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
I.	<b>Defibrylator</b> <b>Oferowany model, typ .....</b>	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	

ST/DZP/2/2017

19	Posiada uchwyt transportowy		<b>Tak</b>	
20	Klasa wodoszczelności, pyłoszczelności - IP 55, odporny na odpryskiwanie, pyłoszczelny		<b>Tak</b>	
21	Bateria litowa nieładowalna		<b>Tak</b>	
22	Okres trwałości baterii min 4 lat		<b>Tak</b>	
23	Urządzenie musi mieć możliwość przeprowadzania automatycznych testów obwodów elektrycznych w cyklu codziennym, tygodniowym miesięcznym		<b>Tak</b>	
24	Możliwość aktualizacji oprogramowania w przypadku zmiany wytycznych na zasadzie wgrania nowego oprogramowania bez konieczności wymiany całego urządzenia lub odsyłania do producenta		<b>Tak</b>	
25	W zestawie dodatkowo; 1 para elektrod dla dorosłych, 1 para elektrod pediatrycznych,		<b>Tak</b>	
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		<b>Tak</b>	
27	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>Tak</b>	
28	Dostęp do autoryzowanego serwisu na terenie Polski		<b>Tak</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 5A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 4**

**Inhalator**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Inhalator</b>	Szt.	4						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 5B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 4

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

Inhalator

Lp.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1.	<b>INHALATOR</b> Oferowany model, typ.....	4 szt.	<b>TAK,</b> 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/NIE	
10	Wytwarzanie aerozolu ( 2ml, 1% NaF ) 0,4ml		TAK/NIE	
11	Objętość wyjściowa aerozolu w jednostce czasu 0,06 ml/min (+/- 0,02 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	

ST/DZP/2/2017

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 2017 lub 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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 6A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 5**

Wózek inwalidzki XXL

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Wózek inwalidzki XXL</b>	Szt.	5						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy



ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 6B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 5

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

LP	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
<b>1</b>	<b>Wózek inwalidzki XXL + wyposażenie dodatkowe</b>  Typ, model .....	<b>5 szt.</b>	<b>TAK</b>  <b>Podać model typ</b>	
2	Napęd ręczny za pomocą ciągów (włącznie z osią szybko złączka)		<b>TAK</b>	
3	Szerokość siedziska nie mniej niż 50cm z tylnym drążkiem poprzecznym		<b>TAK</b>	
4	Głębokość siedziska 50 cm (+/- 5 cm)		<b>TAK</b>	
5	Wysokość siedziska minimum 45 cm		<b>TAK</b>	
6	Waga użytkownika nie mniej niż 150kg		<b>TAK</b>	
7	Rama składana, aluminiowa, pokryta epoksydem lub lakierowana proszkowo.		<b>TAK</b>	
8	Tapicerka siedziska nylonowa z pasami na rzepy		<b>TAK</b>	
9	Oparcie stałe 7° (+/- 3°), stałe rączki.		<b>TAK</b>	
10	Standardowa tapicerka wyściełana		<b>TAK</b>	
11	Podnózek prawy, odchylany do wewnątrz i na zewnątrz		<b>TAK</b>	
12	Podnózek lewy, odchylany do wewnątrz i na zewnątrz		<b>TAK</b>	
13	Płyta pod stopę, prawa podnoszona do góry		<b>TAK</b>	
14	Płyta pod stopę, lewa podnoszona do góry		<b>TAK</b>	
15	Podłokietniki prawy i lewy krótkie, zdejmowane z regulacją wysokości,		<b>TAK</b>	
16	Poduszka 5cm (+/- 1cm), wielkość dopasowana do wielkości siedziska, pokrycie nylonowe antypoślizgowe		<b>TAK</b>	

ST/DZP/2/2017

17	Zaglówek ( z drążkiem tylnym )		<b>TAK</b>	
18	Pasy mocujące pięty, łydki , regulowane		<b>TAK</b>	
19	Automatyczna blokada podłokietnika		<b>TAK</b>	
20	Kolor standardowy		<b>TAK</b>	
21	Kółka przednie pełne o wym. minimum 200x50mm ( 8" x 2" )		<b>TAK</b>	
22	Tylne koła pełne, ze szprychami o wym. minimum 600 x 35mm ( 24" x 1.3/8"		<b>TAK</b>	
23	Ciągi aluminiowe anodyzowane lub lakierowane proszkowo		<b>TAK</b>	
24	Oś tylnego koła szybkozłączka		<b>TAK</b>	
25	Pozycja tylnych kół standardowa		<b>TAK</b>	
26	Pompka i wspornik		<b>TAK</b>	
27	Akcesoria tylnego koła: przedłużenie kół (+ 50mm na zewnątrz +/- 10mm)		<b>TAK</b>	
28	Hamulec postojowy, ręczny z indeksowanymi klockami ( szczękami ) lub równoważne		<b>TAK</b>	
29	Akcesoria: zestaw świateł odblaskowych, drążek przedłużenia hamulca, para		<b>TAK</b>	
30	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	
31	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 7A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 6**

Wózek inwalidzki standardowy

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Wózek inwalidzki standardowy</b>	Szt.	15						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 7B do SIWZ**

**Formularz wymagań technicznych – Część nr 6**

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**

LP	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
<b>1</b>	<b>Wózek inwalidzki standardowy</b> Typ, model .....	<b>15 szt.</b>	<b>TAK</b> <b>Podać model typ</b>	
2	Dopuszczalna maksymalna waga użytkownika nie mniej niż 120kg		<b>TAK</b>	
3	Szerokość siedziska nie mniej niż 48 cm.		<b>TAK</b>	
4	Szerokość całkowita wózka nie więcej niż 85 cm		<b>TAK</b>	
5	Długość całkowita z podnóżkiem nie więcej niż 1150 mm		<b>TAK</b>	
6	Zdolność do wspięcia na przeszkodę 60 mm		<b>TAK</b>	
7	Wysokość przedniej krawędzi siedziska nie mniej niż 430 mm		<b>TAK</b>	
8	Kąt nachylenia oparcia 5° (+/-3°)		<b>TAK</b>	
9	Wysokość oparcia nie mniej niż 400mm		<b>TAK</b>	
10	Wyposażony w obręcze kół		<b>TAK</b>	
11	Kółka przednie pełne o wym. minimum 200x50mm ( 8" x 2")		<b>TAK</b>	
12	Tyłne koła pełne, ze szprychami o wym. minimum 600 x 35mm ( 24" x 1.3/8")		<b>TAK</b>	
13	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	
14	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 8A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 7**

**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	<b>Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej</b>	Szt.	1						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

Załącznik Nr 8B do SIWZ

Formularz wymagań technicznych – Część nr 7

.....  
(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 przesuwными 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 zaopatrzone w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta,		TAK	
12	Wymiary zewnętrzne: 2180x870mm (+/- 70mm)		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	

ST/DZP/2/2017

20	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 9A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**Część 8 - 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	<b>Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy</b>	Szt.	4						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy



ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 9B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych **Część 8**

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE –**

**Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy**

LP.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
1	<b>Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy.</b> 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	

ST/DZP/2/2017

15.	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	
-----	--	--	------------	--

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 10A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 9**  
**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	<b>Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem</b>	Szt.	2						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 10B do SIWZ**  
Formularz wymagań technicznych – Część nr 9

.....  
(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	<b>Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem.</b> 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 24 miesięcy		Tak	
18	Przeszkolenie personelu w zakresie technicznego używania		Tak	
19	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 11A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 10**  
**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	<b>Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu</b>	Szt.	4						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 11B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 10

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu

LP.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
1	<b>Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu</b> Oferowany model, typ, producent.....	4 szt.	TAK, oferowany model, typ	
2	<b>PARAMETRY TECHNICZNO-EKSPLOATACYJNE MINIMUM:</b>			
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	<b>DOSTĘPNE TRYBY WENTYLACJI OBJĘTOŚCIOWEJ MINIMUM:</b>			
18	Wentylacja kontrolowana (CV)		Tak	

ST/DZP/2/2017

19	Wentylacja wspomagana (AC)		<b>Tak</b>	
20	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV)		<b>Tak</b>	
21	<b>DOSTĘPNE TRYBY WENTYLACJI CIŚNIENIOWEJ MINIMUM:</b>			
22	Wentylacja w trybie kontroli ciśnienia (PC)		<b>Tak</b>	
23	Wentylacja spontaniczna -synchronizowana (S/T)		<b>Tak</b>	
24	Wentylacja spontaniczna (S)		<b>Tak</b>	
25	Funkcja liniowego zwiększania ciśnienia- zmniejsza, a następnie stopniowo (liniowo) zwiększa ciśnienie do ustawionego przepisane go ciśnienia, pozwalając pacjentowi na aklimatyzację do terapii w ciągu dłuższego okresu czasu.		<b>Tak</b>	
26	Czas wzrostu liniowego min. 5-45 min.		<b>Tak</b>	
29	Funkcja wspierająca oddechy spontaniczne pacjenta przez uwzględnienie niewielkiej dekompresji w trakcie późniejszych etapów wdechu oraz w trakcie początkowej fazy wydechu.		<b>Tak</b>	
30	SIMV (PC-SIMV)		<b>Tak</b>	
31	Wentylacja synchronizowana (T)		<b>Tak</b>	
32	Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (CPAP)		<b>Tak</b>	
33	Wentylacja dwufazowa BiLEVEL, BIPAP		<b>Tak</b>	
34	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem z docelową objętością		<b>Tak</b>	
35	Możliwość generowania przepływu wdechowego min 200 l/min celem skutecznej kompensacji niezamierzonych przecieków podczas wentylacji nieinwazyjnej		<b>Tak</b>	
36	Funkcja rozpoznawania oraz kompensacji niezamierzonych nieszczelności systemu i automatycznego dostosowywania wentylacji w celu uzyskania optymalnej wydajności przy występowaniu nieszczelności.		<b>Tak</b>	
37	<b>REGULOWANE PARAMETRY MINIMUM:</b>			
38	IPAP min. 4-50 cmH <sub>2</sub> O		<b>Tak</b>	
39	EPAP/PEEP min. 4- 25 cmH <sub>2</sub> O		<b>Tak</b>	
40	CPAP (obwody pasywne) min. 4-20 cmH <sub>2</sub> O		<b>Tak</b>	
41	Wspomaganie ciśnieniowe		<b>Tak</b>	
42	Objętość oddechowa min. 50-2000 ml		<b>Tak</b>	
43	Częstość oddechowa min. 1-60 /min.		<b>Tak</b>	
44	Czas wdechu min. 0,3-5,0 s		<b>Tak</b>	

ST/DZP/2/2017

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	<b>PARAMETRY MONITOROWANE PRZEZ RESPIRATOR MINIMUM:</b>			
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	<b>ALARMY MINIMUM:</b>			
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	Odlączenia obwodu oddechowego		Tak	
66	<b>INNE WYMAGANIA MINIMUM;</b>			
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	



ST/DZP/2/2017

70	Reduktor butlowy do tlenu z szybkozłączem typu AGA dla każdego respiratora oddzielny.		<b>Tak</b>	
71	Menu i Instrukcja obsługi w języku polskim		<b>Tak</b>	
72	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>Tak</b>	
73	Przeglądy okresowe w okresie gwarancji bezpłatne		<b>Tak</b>	
74	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 12A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 11**

**Laryngoskop**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Laryngoskop</b>	Szt.	2						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 12B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 11

.....  
(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	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2016		<b>TAK</b>	
3.	Materiał – stal nierdzewna i odporna na refleksy świetlne		<b>TAK</b>	
4.	Poziom jasności nie mniejszy niż 4200lux		<b>TAK</b>	
5.	Możliwość sterylizacji do 134°C,		<b>TAK</b>	
6.	Rękojeść bateryjno-akumulatorowa		<b>TAK</b>	
7.	Żarówka xenon 2,5 V		<b>TAK</b>	
8.	Światłowód		<b>TAK</b>	
9.	Łyżki światłowodowe rozmiar 2,3,4; jeden uchwyt		<b>TAK</b>	
10.	Gwarancja 24 miesiące		<b>TAK</b>	
11.	Walizka z tworzywa		<b>TAK</b>	
12.	Bezpłatny serwis w okresie gwarancji		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 13A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 12**

**Otoskop**

.....  
pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Otoskop</b>	Szt.	2						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 13B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 12

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
Otoskop

Lp.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wymagane parametry	Wymagane oferowane
1	<b>OTOSKOP</b> <b>Oferowany model, typ, producent .....</b>	<b>Szt. 2</b>	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
2	Oświetlenie światłowodowe , wysokiej jakości światłowód		<b>TAK</b>	
3	Żarówka halogenowa HPX ( ksenon pod wysokim ciśnieniem )		<b>TAK</b>	
4	Obserwacja bez przeszkód dla linii wzroku		<b>TAK</b>	
5	Przesuwana soczewka		<b>TAK</b>	
6	Przystosowany do otoskopii pneumatycznej		<b>TAK</b>	
7	Ręczne usuwanie wziernika z głowicy		<b>TAK</b>	
8	Głowica		<b>TAK</b>	
9	Rękojeść z akumulatorem		<b>TAK</b>	
10	Jednorazowe wzierniki uszne : 2.5mm, 3mm, 4.5mm do dezynfekcji w płynach		<b>TAK</b>	
11	Uchwyt na szpatułki		<b>TAK</b>	
12	Ładowanie akumulatorowe, możliwość zastąpienia akumulatora bateriami		<b>TAK</b>	
13	Ładowarka sieciowa		<b>TAK</b>	
14	Szttywne etui na suwak		<b>TAK</b>	
15	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	
16	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>TAK</b>	
17	Bezpłatny serwis w okresie gwarancji		<b>TAK</b>	

Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy

ST/DZP/2/2017

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 14A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 13**

**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	<b>Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji</b>	Szt.	6						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

Załącznik Nr 14B do SIWZ

Formularz wymagań technicznych – Część nr 13

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji

Lp.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1	<b>NAWILŻACZ POWIETRZA Z FUNKCJĄ JONIZACJI</b> Oferowany model, typ, producent .....	Szt. 6	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
2	Automatyczna kontrola wilgoci ( aktualny poziom nawilżenia powietrza)		<b>TAK</b>	
3	Automatyczne wyłączanie się urządzenia w momencie gdy zbiornik z wodą się opróżni		<b>TAK</b>	
4	Regulacja natężenia pracy nawilżacza		<b>TAK</b>	
5	Zegar pozwala na wskazanie czasu pracy urządzenia min 12 godz.		<b>TAK</b>	
6	Pojemnik na wodę min 5,5l		<b>TAK</b>	
7	Funkcja jonizacji powietrza		<b>TAK</b>	
8	Automatyczna kontrola poziomu wilgoci		<b>TAK</b>	
9	Wyposażony w tryb nocny –praca cicha (poziom hałasu do 35db)		<b>TAK</b>	
10	Powierzchnia min 40m2		<b>TAK</b>	
11	Zdolność nawilżania min 300(g/h)		<b>TAK</b>	
12	Kolor- możliwość wyboru koloru		<b>TAK</b>	
13	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	
14	Gwarancja 24 miesiące		<b>TAK</b>	
15	Bezpłatny serwis w okresie gwarancji		<b>TAK</b>	



ST/DZP/2/2017

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 15A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 14**

**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.	10						
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						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

Załącznik Nr 15B do SIWZ

Formularz wymagań technicznych – Część nr 14

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
Meble medyczne

LP.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
<b>I.</b>	<b>Taboret lekarski.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>4 szt.</b>	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
2	Konstrukcja chromowana wraz z podnóżkiem i kółkami		<b>Tak</b>	
3	Siedzisko i oparcie pokryte łatwo zmywalnym materiałem		<b>Tak</b>	
4	Średnica siedziska 36cm (+/-3cm)		<b>Tak</b>	
5	Średnica podstawy minimum 61 cm		<b>Tak</b>	
6	Wysokość siedziska regulowana w zakresie minimum 60-78cm		<b>Tak</b>	
7	Kolor tapicerki do uzgodnienia z Zamawiającym		<b>Tak</b>	
8	Taboret wyposażony w podstawę pod nogi		<b>Tak</b>	
<b>II.</b>	<b>Szafa lekarska 2-drzwiowa.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>10 szt.</b>	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
1	Dwa skrzydła uchylne		<b>Tak</b>	
2	Drzwi i boki szafy przeszklone wykonane z szyby hartowanej przezroczystej lub szyby klejonej przezroczystej o grubości nie mniejszej niż 4mm		<b>Tak</b>	
3	Drzwi zamykane zamkiem baskwilowym ryglującym w trzech lub dwóch punktach i uchwytem klamkowym		<b>Tak</b>	
4	Szafa wyposażona w 4 półki wykonane ze szkła bezpiecznego hartowanego o minimalnym udźwigu 23 kg		<b>Tak</b>	
5	Konstrukcja i drzwi wykonane z blachy o grubości minimum 0,8mm i malowane proszkowo		<b>Tak</b>	
6	Wymiary wys.180cm(+/-5cm) x szer. 90cm (+/- 5cm) x głęb. 43cm (+/-3cm)		<b>Tak</b>	
7	Kolor w tonacji jasno-szarej do uzgodnienia z zamawiającym		<b>Tak</b>	
8	Nóżki z blachy o wysokości 80 – 130 mm		<b>Tak</b>	
<b>III.</b>	<b>Szafa lekarska 1-drzwiowa.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>2 szt.</b>	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
1	Drzwi i boki szafy przeszklone wykonane z szyby hartowanej przezroczystej lub szyby klejonej przezroczystej o grubości nie mniejszej niż 4mm		<b>Tak</b>	

ST/DZP/2/2017

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	
<b>IV.</b>	<b>Szafa medyczna wisząca.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>5 szt.</b>	<b>TAK,</b> <b>oferowany</b> <b>model, typ</b>	
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	
<b>V.</b>	<b>Stolik pod aparaturę 2-półkowy z szufladą.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>4 szt.</b>	<b>TAK,</b> <b>oferowany</b> <b>model, typ</b>	
1	Stolik wykonany z profili aluminiowych pokryty farbą proszkową		Tak	
2	Półka 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	
<b>VI.</b>	<b>Kozetka lekarska.</b> Oferowany model, typ, producent : .....	<b>10 szt.</b>	<b>TAK,</b> <b>oferowany</b> <b>model, typ</b>	
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	

ST/DZP/2/2017

6	Konstrukcja kozetki wykonana jest ze stali malowanej proszkowo		<b>Tak</b>	
	Wymiary:			
7	długość: 1900 mm (+/-100 mm)		<b>Tak</b>	
8	szerokość: 750 mm (+/-50 mm)		<b>Tak</b>	
9	wysokość: 600 mm (+/-50mm).		<b>Tak</b>	
10	Błat obity materiałem skóropodobnym zmywalnym, odpornym na dezynfekcję		<b>Tak</b>	
11	Kolor obicia do ustalenia z Zamawiającym		<b>Tak</b>	
<b>VII.</b>	<b>Stanowisko do wstrzyknięć.</b>		<b>TAK,</b>	
	Oferowany model, typ, producent : .....	<b>1 szt.</b>	<b>oferowany model, typ</b>	
1	Fotel o stabilnej stalowej konstrukcji malowanej proszkowo		<b>Tak</b>	
2	Wyposażony w zagłówek		<b>Tak</b>	
3	Wyposażony w 2 regulowane podłokietniki zintegrowane		<b>Tak</b>	
4	Wyposażony w regulację kąta pochylenia oparcia		<b>Tak</b>	
5	Siedzisko, oparcie, podłokietniki i zagłówek tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na dezynfekcję		<b>Tak</b>	
6	Dopuszczalne obciążenie nie mniej niż 120 kg		<b>Tak</b>	
	Wymiary:			
7	wysokość nie mniejsza niż 1150mm		<b>Tak</b>	
8	całkowita szerokość 850mm (+/- 50mm)		<b>Tak</b>	
9	Kolor tapicerki do ustalenia z Zamawiającym		<b>Tak</b>	
<b>VIII.</b>	<b>Inne:</b>			
1	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>TAK</b>	
2	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 16A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 15**  
**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	<b>Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny</b>	Szt.	2						

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

Załącznik Nr 16B do SIWZ

Formularz wymagań technicznych – Część nr 15

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

### WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE

#### Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny

LP.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Wartości wymagane	Wartości Oferowane
1	<b>Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny.</b> 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 70-290mmHg		Tak	
6	Ciśnienie diastolic. w zakresie nie mniejszym niż 45-180mmHg		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 oprogramowaniem 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 10°C do 40°C		Tak	
19	Wyświetlacz segmentowy do prezentowania pomiarów i komunikatów o pracy aparatu		Tak	

ST/DZP/2/2017

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		<b>Tak</b>	
21	Gwarancja minimum 24 miesiące		<b>Tak</b>	
22	Przeglądy w okresie gwarancji bezpłatne		<b>Tak</b>	
23	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	

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)



ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 17A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 16**

**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	<b>Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem</b>	Szt.	1						
2	<b>Laptop wraz z dodatk. monitorem 19" do zestawu do terapii EEG Biofeedback</b>	Szt.	1						
<b>OGÓLEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy

ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 17B do SIWZ**  
Formularz wymagań technicznych – Część nr 16

.....  
(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
	<b>Zestaw do terapii EEG biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem</b> Oferowany model, typ, producent .....	Szt. 1	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
1.	<b>Zestaw EEG biofeedback:</b>		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	

ST/DZP/2/2017

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 koder z komputerem		TAK	
13.	czujnik do EEG z funkcją pomiaru impedancji wraz z elektrodami		TAK	
14.	pastą umożliwiającą przyłączenie 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 możliwość 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.	<b>Oprogramowanie</b>		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	

ST/DZP/2/2017

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 zawierać 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	

ST/DZP/2/2017

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.	<b>Fotel dla pacjenta z elektrycznym masażem</b>		TAK	
41.	fotel przystosowany do prowadzenia terapii EEG Biofeedback		TAK	
42.	Obrotowy		TAK	
43.	Możliwość zablokowania lub bez możliwości 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.	<b>Szafka na kółkach pod komputer oraz koder</b>		TAK	
V.	<b>Laptop</b>		TAK, oferowany model, typ	

ST/DZP/2/2017

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 ( <a href="http://www.cpubenchmark.net">http://www.cpubenchmark.net</a> ))		TAK, oferowany model, typ	
57.	Pamięć ram - min. 4GB		TAK	
58.	Dysk twarde 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.	<b>Monitor LED/LCD</b>		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/m <sup>2</sup>		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	

ST/DZP/2/2017

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	
73.	Uchwyt biurkowy do monitora:		TAK	
74.	Rozstaw śrub mocujących w standardzie VESA - rozstaw zgodny z monitorem		TAK	
75.	Maksymalne obciążenie do 15 kg		TAK	
76.	Możliwość regulacji stopnia nachylenia od +15° do -15°		TAK	
77.	Regulowana odległości ramienia: max 447mm		TAK	
78.	Materiał – aluminium		TAK	
79.	Możliwość montażu do blatu biurka lub stołu		TAK	
80	W komplecie zestaw śrub montażowych oraz do przykręcenia monitora		TAK	
<b>Gwarancja i serwis</b>			TAK	
81.	Gwarancja minimum 24 miesiące		TAK	
82.	W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy sprzętu		TAK	
<b>Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016</b>			TAK	
<b>Montaż i uruchomienie</b>			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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 18A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY - CZĘŚĆ NR 17**

**Parawany medyczne**

.....

pieczęć (nazwa) Wykonawcy

LP	Nazwa/Opis	J.m.	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Nazwa produktu	Producent
1	<b>Parawany medyczne</b>	Szt.	34						
<b>OGÓŁEM</b>									

..... dnia: .....

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy



ST/DZP/2/2017

**Załącznik Nr 18B do SIWZ**

Formularz wymagań technicznych – Część nr 17

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE**  
**Parawany medyczne**

Lp.	Wymagane parametry techniczne	Ilość	Parametry wymagane	Parametry oferowane
	<b>Parawany medyczne</b> Oferowany model, typ, producent .....	34 szt.	<b>TAK, oferowany model, typ</b>	
1	Konstrukcja parawanu jednoskrzydłowa, wykonana ze stali nierdzewnej		<b>TAK</b>	
2	Tkanina zmywalna w kolorze do uzgodnienia z Zamawiającym (minimum 4 kolory w paletce kolorów do wyboru)		<b>TAK</b>	
3	Wysokość parawanu 170 cm (+/- 10 cm)		<b>TAK</b>	
4	Szerokość parawanu 100 cm (+/- 10 cm)		<b>TAK</b>	
5	Szerokość podstawy parawanu 50 cm (+/- 6 cm)		<b>TAK</b>	
6	Podstawa: mobilna 2 kółka i stopka lub podwójna z kółkami		<b>TAK</b>	
	Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 lub 2016		<b>TAK</b>	

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)

ST/DZP/2/2017

Załącznik nr 20

ZAMAWIAJĄCY:

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio  
36-051 Górnio, ul. Rzeszowska 5**

WYKONAWCA:

.....  
.....

(nazwa, adres)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: **dostawa sprzętu medycznego – ozn. spr ST/DZP/2/2017** uwzględniając informację, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp. oświadczam, że:

1. z żadnym z wykonawców, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu **nie należą do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy.
1. z następującymi wykonawcami, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu **należą do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184 z późn. zm.)

Lista wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej:

.....  
.....(nazwa, adres)

Jednocześnie przedkładam następujące dowody, że powiązania z innymi wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia:

.....  
.....

### **Składając oświadczenie należy wybrać właściwy wariant pkt 1.**

2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... dnia..... r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis Wykonawcy)

ST/DZP/2/2017

**Załącznik nr 21**

Wzór umowy

**UMOWA Nr .....**

Zawarta w dniu ..... w Górnem pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” w Górnem, 36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5, woj. podkarpackie, zwanym dalej w treści umowy Zamawiającym reprezentowanym przez:

Dyrektor zakładu - mgr inż. Elżbietę Burzyńską,

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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.) strony zawarły umowę następującej treści:

Zamówienie realizowane w ramach projektu: „Rozbudowa, przebudowa Pawilonu nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w Górnem 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) Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy wysokospecjalistyczny (szt. 14) - zwana dalej częścią nr 1
- 2) Koncentrator tlenu (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 2
- 3) Defibrylator (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 3
- 4) Inhalator (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 4

ST/DZP/2/2017

- 5) Wózek inwalidzki XXL (szt. 5) - zwana dalej częścią nr 5
- 6) Wózek inwalidzki standardowy (szt. 15) - zwana dalej częścią nr 6
- 7) Wózek do transportu chorych w pozycji leżącej i siedzącej (szt. 1) - zwana dalej częścią nr 7
- 8) Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 8
- 9) Aparat do lokalizacji naczyń krwionośnych ze statywem (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 9
- 10) Respirator ze stojakiem i czujnikiem tlenu (szt. 4) - zwana dalej częścią nr 10
- 11) Laryngoskop (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 11
- 12) Otoskop (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 12
- 13) Nawilżacz powietrza z funkcją jonizacji (szt. 6) - zwana dalej częścią nr 13
- 14) Meble medyczne - zwana dalej częścią nr 14
- 15) Aparat do mierzenia ciśnienia specjalistyczny (szt. 2) - zwana dalej częścią nr 15
- 16) Zestaw do terapii EEG Biofeedback wraz z dodatkowym wyposażeniem (kpl. 1) - zwana dalej częścią nr 16
- 17) Parawany (szt. 34) - zwana dalej częścią nr 17

dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, 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 Górnio; 36-051 Górnio, 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 do dnia 25.04.2017 r.

ST/DZP/2/2017

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.

ST/DZP/2/2017

- 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 Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio, 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,

ST/DZP/2/2017

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 egzemplarzy dla Zamawiającego 1 egzemplarz dla Wykonawcy.

**Zamawiający:**

**Wykonawca:**