

Prudnickie Centrum Medyczne S. A. w Prudniku

ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik

tel.: 77 4067890,

faks: 77 4067872,

NIP: 755-18-39-682, REGON: 532448467

e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

www: www.pcm.prudnik.pl

Nr postępowania: **1/XII/2017/13**

**SPECYFIKACJA**

**ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**(SIWZ)**

**Dotyczy:**

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. – Dz. U. z 2017r., poz. 1579 ze zm.), zwanej dalej Pzp w trybie przetargu nieograniczonego – na podstawie art. 39, o wartości szacunkowej zamówienia przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 209 000 euro, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy Pzp.

Ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, opublikowano na stronie internetowej www.pcm.prudnik.pl, zamieszczono na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.

**Zatwierdził:**

……………………………………………………

Prudnik, grudzień 2017

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku

ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik

tel.: 77 4067890,

NIP: 755-18-39-682, REGON: 532448467

e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

www.pcm.prudnik.pl

konto: **Bank Spółdzielczy w Prudniku:** 23 8905 0000 2000 0021 0887 0001

godziny urzędowania: poniedziałek-piątek 7:30 - 15:30

1. **Tryb udzielenia zamówienia**
2. Postępowanie prowadzone jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. – Dz. U. z 2017r., poz. 1579 ze zm.), zwanej dalej „Pzp”.
3. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w trybie **przetargu nieograniczonego** (podst. prawna: art. 10 ust. 1 oraz art. 39-46 Pzp). o wartości szacunkowej przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 209 000 euro – zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2015r. (Dz. U. z 2015r. poz. 2263 ze zm.) w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.
4. Postępowanie prowadzonej jest zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2015r. w sprawie średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczenia wartości zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 2254). Zgodnie z w/w Rozporządzeniem średni kurs złotego w stosunku do euro wynosi 4,1749.
5. Do czynności podejmowanych przez Zamawiającego i Wykonawców stosować się będzie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. – Dz. U. z 2017r., poz. 459 z późn. zm.), jeżeli przepisy Pzp nie stanowią inaczej.
6. **Zamówienie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 w ramach naboru do poddziałania 10.1.1. Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki zdrowotnej mieszkańców regiony RPO WO dla Typu II - Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym osobami z niepełnosprawnościami.**

Uwaga:

1. Wykonawca winien zapoznać się z całością niniejszej SIWZ.
2. Wszelkie formularze załączone do niniejszej SIWZ stanowią jej integralną część.
3. Należy wypełnić ściśle według wskazówek te załączniki, które podlegają wypełnieniu.
4. Wykonawca winien śledzić na bieżąco stronę internetową Zamawiającego – [www.pcm.prudnik.pl](http://www.pcm.prudnik.pl).
5. **Opis przedmiotu zamówienia**
   1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i wyposażenia na potrzeby Oddziału Chorób Wewnętrznych adekwatnych do zakresu udzielanych przez Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku świadczeń opieki zdrowotnej wraz z odpowiednim przeszkoleniem personelu Zamawiającego w dacie dostawy. Dostawa zgodna z wykazem asortymentowo-cenowym, stanowiącym załącznik nr 2/1-2/11 do SIWZ, parametrami technicznymi, warunkami gwarancji, serwisu i szkolenia – załącznik nr 3/1-3/11 do SIWZ.
   2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na poszczególne części:

**Część nr 1** - Dostawa bieżni z monitorem, bieżni dla osób niepełnosprawnych i rowerków (2 szt.).

**Część nr 2** – Dostawa wózków toaletowych (5 szt.), wózka toaletowego do pielęgnacji pacjenta z pojemnikiem na pościel, podnośnika pacjenta, wózka transportowego do przewożenia pacjentów, materaców przeciwodleżynowych (4 szt.), łóżek wielofunkcyjnych (6 szt.), wózka wanny do mycia pacjentów, stołu elektrycznego zabiegowego.

**Część nr 3** - Dostawa pomp infuzyjnych dwustrzykawkowych (4 szt.), aparatu do spirometrii, holtera EKG, holtera ciśnieniowego, aparatu EKG, respiratora i defibrylatora zewnętrznego.

**Część nr 4** - Dostawa defibrylatora.

**Część nr 5** – Dostawa lasera wysokoenergetycznego ze skanerem.

**Część nr 6** – Dostawa magnetronika, stołu do masażu całkowitego elektrycznego, foteli do masażu (2 szt.), urządzeń do masażu stóp (3 szt.), rotorów kończyn górnych i dolnych (3 szt.) i stolików do terapii zajęciowej (2 szt.).

**Część nr 7** – Dostawa ciśnieniomierza stacjonarnego, łóżka EKG, balkoników (5 szt.), inhalatorów (3 szt.), wagi lekarskiej specjalistycznej dla osób z niepełnosprawnościami, lampy bakteriobójczej przepływowej i lampy do światłolecznictwa.

**Część nr 8** – Dostawa stołu do masażu z platforma wodną.

**Część nr 9** – Dostawa urządzenia do krioterapii.

**Część nr 10** – Dostawa aparatu ultrasonograficznego z głowicami.

**Część nr 11** - Dostawa aparatu Doppler.

* 1. Kody CPV (Wspólny Słownik Zamówień):

KOD CPV: 33100000-0 - Urządzenia medyczne

Dodatkowe kody CPV:

33112200-0 Aparaty ultrasonograficzne

33192100-3 Łóżka do użytku medycznego

33194110-0 Pompy infuzyjne

33182100-0 Defibrylatory

33252310-7 Ciśnieniomierze

33165000-4 Przyrządy do kriochirurgii i krioterapii

33112320-7 Urządzenia Dopplera

* 1. **Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia:**

Oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wymagania określone w:

1. Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211);
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r. w sprawie sposobu kwalifikacji wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010r. nr 215, poz. 1416);
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016r. poz. 211);
4. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie sposobu dokonywania zgłoszeń i powiadomień dotyczących wyrobów (Dz. U. z 2016 r., poz. 210);
5. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010r. w sprawie wzoru znaku CE (Dz. U. z 2010r., nr 186, poz. 1252);
6. Rozporządzeniu Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 21 grudnia 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych dotyczących ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym (Dz. U. z 2017r. poz. 7);
7. Dyrektywie 93/42/EWG z dnia 14 kwietnia 1993r. - dotyczącej wyrobów medycznych;
8. Dyrektywie 2007/47/EC z dnia 21 września 2007r. zmieniającej Dyrektywę 93/42/EWG z dnia 14 kwietnia 1993r - dotyczącej wyrobów medycznych;
9. Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/65/EU z dnia 8 czerwca 2011r. w sprawie ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym (Dz. U. UE. 1.7.2011).
   1. Oferowany przedmiot zamówienia powinien spełniać wymagania zgodnie z obowiązującymi międzynarodowymi normami dla Dyrektywy 93/42/EWG opublikowanymi w dzienniku Urzędowym UE (2016/C 173/03) z dnia 13 maja 2016r.
   2. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczania w trakcie trwania umowy oferowanych wyrobów medycznych lub wyposażeń wyrobów medycznych zgodnie z Załącznikiem Nr 1 pkt 8 i 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz.U. 2016 poz. 211).
   3. Oferowany sprzęt będzie kompletny i gotowy do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji po stronie Zamawiającego.
   4. Przygotowując ofertę, Wykonawca winien dokładnie zapoznać się z zawartością wszystkich dokumentów składających się na dokumentację przetargową, którą należy odczytywać wraz z modyfikacjami i zmianami wnoszonymi przez Zamawiającego w trakcie trwania postępowania.
   5. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia może złożyć ofertę na jedną, kilka lub na wszystkie **11 części zamówienia** zgodnie z załącznikiem nr 1 do SIWZ.
   6. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
   7. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
   8. Zamawiający nie przewiduje udzielania zaliczek na poczet wykonania zamówienia.
   9. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 ustawy Pzp.
   10. Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych.
   11. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
   12. Za dzień roboczy uznawany jest każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy (świąt).
10. **Termin wykonania zamówienia**

Termin realizacji przedmiotu zamówienia stanowi kryterium oceny ofert. Zamawiający ustalił termin dostawy sprzętu i wyposażenia w terminie od 6 do 8 tygodni od dnia podpisania umowy.

**Miejscem realizacji zamówienia jest:** Prudnickie Centrum Medyczne S. A. w Prudniku, ul. Piastowska 64.

1. **Warunki udziału w postępowaniu**
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

## nie podlegają wykluczeniu zgodnie z przesłankami obligatoryjnymi, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 -23 ustawy Pzp

## spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów; Ocena spełnienia warunku udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia w oparciu o oświadczenie – załącznik nr 4 do SIWZ - (JEDZ).

b) sytuacji ekonomicznej lub finansowej

Zamawiający nie stawia w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Ocena spełnienia warunku udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia w oparciu o oświadczenie – załącznik nr 4 do SIWZ - (JEDZ).

c) zdolności technicznej lub zawodowej.

Zamawiający nie stawia w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca obowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Ocena spełnienia warunku udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia w oparciu o oświadczenie – załącznik nr 4 do SIWZ - (JEDZ).

1. **Zamawiający wyklucza z postępowania Wykonawców na podstawie przesłanek wynikających z art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy:**
2. Wykonawcę, który nie wykazał spełniania warunków udziału w postępowaniu lub nie został zaproszony do negocjacji lub złożenia ofert wstępnych albo ofert, lub nie wykazał braku podstaw wykluczenia;
3. Wykonawcę będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:
4. o którym mowa w art. 165a, art. 181–188, art. 189a, art. 218–221, art. 228–230a, art. 250a, art. 258 lub art. 270–309 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz. U. poz. 553, z pózn. zm.) lub art. 46 lub art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 2010r. o sporcie (Dz. U. z 2016r. poz. 176),
5. o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny,
6. skarbowe, o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012r. poz. 769);
7. Wykonawcę, jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 13;
8. Wykonawcę, wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, chyba że Wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;
9. Wykonawcę, który w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa wprowadził Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, że nie podlega wykluczeniu, spełnia warunki udziału w postępowaniu lub obiektywne i nie dyskryminacyjne kryteria, zwane dalej „kryteriami selekcji”, lub który zataił te informacje lub nie jest w stanie przedstawić wymaganych dokumentów;
10. Wykonawcę, który w wyniku lekkomyślności lub niedbalstwa przedstawił informacje wprowadzające w błąd Zamawiającego, mogące mieć istotny wpływ na decyzje podejmowane przez Zamawiającego w postępowaniu o udzielenie zamówienia;
11. Wykonawcę, który bezprawnie wpływał lub próbował wpłynąć na czynności Zamawiającego lub pozyskać informacje poufne, mogące dać mu przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia;
12. Wykonawcę, który brał udział w przygotowaniu postępowania o udzielenie zamówienia lub którego pracownik, a także osoba wykonująca prace na podstawie umowy zlecenia, o dzieło, agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, brał udział w przygotowaniu takiego postępowania, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie Wykonawcy z udziału w postępowaniu;
13. Wykonawcę, który z innymi Wykonawcami zawarł porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji miedzy Wykonawcami w postępowaniu o udzielenie zamówienia, co Zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych;
14. Wykonawcę będącego podmiotem zbiorowym, wobec którego sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne na podstawie ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźba kary (Dz. U. z 2015r. poz. 1212, 1844 i 1855 oraz z 2016 r. poz. 437 i 544);
15. Wykonawcę, wobec którego orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
16. Wykonawców, którzy należąc do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, chyba że wykażą, że istniejące miedzy nimi powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
17. Zamawiający przewiduje fakultatywne wykluczenie Wykonawcy na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy, tj.:
18. w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidacje jego majątku lub sąd zarządził likwidacje jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015r. – Prawo restrukturyzacyjne (tekst jedn. Dz. U. z 2017r. poz. 1508) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem Wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidacje majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidacje jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003r. – Prawo upadłościowe (tekst jedn. Dz. U. z 2016r., poz. 2171 ze zm.).
19. **Wykaz oświadczeń lub dokumentów, składanych przez Wykonawcę w postępowaniu w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia**
20. Do oferty każdy wykonawca musi dołączyć aktualne na dzień składania ofert oświadczenie w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4 do SIWZ (JEDZ).** Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić wstępne potwierdzenie, że wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.
21. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie, o którym mowa w rozdz. VI ust. 1 SIWZ (JEDZ) składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Oświadczenie to ma 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.
22. Na żądanie zamawiającego, wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składa oświadczenie o którym mowa w rozdz. VI. ust. 1 niniejszej SIWZ (JEDZ).
23. Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia oraz spełnienia – w zakresie, w jakim powołuje się na ich zasoby - warunków udziału w postępowaniu zamieszcza informacje o tych podmiotach w oświadczeniu o którym mowa w rozdz. VI ust. 1 niniejszej SIWZ.
24. W zakresie nie uregulowanym SIWZ zastosowanie mają przepisy Rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
25. Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp, przekaże zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp – załącznik nr 10 do SIWZ. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Oświadczenie winno być złożone w oryginale, a dowody – w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę (osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy).
26. Zamawiający zastosuje procedurę, o której mowa w art. 24aa ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
27. 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:
28. Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
29. Zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert 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;
30. Zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, 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 wstrzymania w całości wykonania decyzji właściwego organu;
31. Oświadczenia Wykonawcy o:
32. braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo - w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
33. braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
34. niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1785).

10) **Dokumenty składane przez wykonawców zagranicznych:**

* 1. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt. a) – c) i ust. 9 pkt a) – c) 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 12-23 ustawy Pzp,
  2. Dokument, o którym mowa w pkt a), powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  3. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentu, o którym mowa w pkt a), zastępuje się go 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. Przepis pkt b) stosuje się odpowiednio.
  4. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w ust. 8 pkt. a) - c) składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednie, że: a) nie zalega z opłaceniem 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, a w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, b) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.

11). W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia (art. 23 ust. 1 Pzp) ustanawiają oni pełnomocnika.

12). W przypadku wyboru oferty Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego dostarczenia umowy regulującej współpracę tych podmiotów.

13). Umowa, o której mowa powyżej dostarczona jest w formie oryginału lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

14). Każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia musi złożyć dokumenty, o których mowa w rozdz. VI ust. 1, ust. 8 SIWZ.

15). Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów, musi udowodnić zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

16). Zamawiający ocenia, czy udostępniane Wykonawcy przez inne podmioty zdolności techniczne lub zawodowe lub ich sytuacja finansowa lub ekonomiczna, pozwalają na wykazanie przez Wykonawcę spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 13–22.

17). Wykonawca, który polega na sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów, odpowiada solidarnie z podmiotem, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów, za szkodę poniesioną przez zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.

18). Jeżeli zdolności techniczne lub zawodowe lub sytuacja ekonomiczna lub finansowa, podmiotu, o którym mowa w ust. 15, nie potwierdzają spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu lub zachodzą wobec tych podmiotów podstawy wykluczenia, zamawiający żąda, aby wykonawca w terminie określonym przez zamawiającego:

1) zastąpił ten podmiot innym podmiotem lub podmiotami lub

2) zobowiązał się do osobistego wykonania odpowiedniej części zamówienia, jeżeli wykaże zdolności techniczne lub zawodowe lub sytuację finansową lub ekonomiczną, o których mowa w ust. 15.

19). W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego Wykonawca zobowiązany będzie dostarczyć:

* + - 1. **Deklarację Zgodności** – zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015r., poz. 876 i 1918, art. 2 ust. 1 pkt. 11 (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi);
      2. **Certyfikat Zgodności** – Deklarację Zgodności WE dla każdego wyrobu oraz dla każdego elementu zestawu (art. 2.1.8. ustawy o wyrobach medycznych „dokument wydany przez jednostkę notyfikowaną w zakresie wyrobów, poświadczający przeprowadzenie procedury oceny zgodności, potwierdzającej, **że należycie zidentyfikowany wyrób**, jego projekt, typ, proces wytwarzania, sterylizacji lub kontroli i badań końcowych jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi”): zgodnie z art. 29 i 30 ustawy o wyrobach medycznych;
      3. **Formularz Zgłoszenia/Powiadomienia** Prezesa Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 876 i 1918, art. 2. 1 pkt. 2, pkt. 45, art.2. 4, art. 58, art. 59, art. 60, art. 61, art. 61a, art. 64, art. 100, art. 133, art. 134 oraz art. 136);

**lub dokument potwierdzający** przeniesienie danych z Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i używania do bazy danych EUDAMED, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych (art. 133 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. Dz. U. z 2015r., poz. 876 i 1918)

* + - 1. **materiały informacyjne** opracowane i podpisane przez producenta/dystrybutora oferowanych wyrobów w języku polskim. W przypadku materiałów informacyjnych opracowanych przez producenta oferowanego wyrobu w języku innym niż język polski należy dołączyć tłumaczenie tych materiałów na język polski. W wymaganych materiałach informacyjnych zawierających również wyraźne zdjęcie oferowanego wyrobu należy wyraźnie oznaczyć część oraz pozycję, której dotyczą, a także wymagane parametry – zaznaczyć kolorowym zakreślaczem – określone w “**ZESTAWIENIU PARAMETRÓW TECHNICZNYCH”** w celu bezspornej weryfikacji oferowanego wyrobu z parametrami opisanymi przez Zamawiającego. Każdy parametr wymieniony w **ZESTAWIENIU PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** musi mieć odzwierciedlenie w materiałach informacyjnych;
      2. **paszport techniczny i oświadczenie,** że oferowane urządzenie posiada instrukcje obsługi/użycia w języku polskim - **załącznik nr 6 do SIWZ**;
      3. **oświadczenie,** że oferowane urządzenie jest zgodne z wymaganymi normami wymienionymi w SIWZ;
      4. **instrukcję obsługi i eksploatacji urządzenia w języku polskim** **–** Zamawiający dopuszcza dostarczenie instrukcji na płycie CD – drukowana wersja musi być dostarczona wraz z dostawą urządzeń – w ilości 1 instrukcja obsługi do jednego urządzenia.

*Wszystkie dokumenty muszą być ważne przez okres na jaki zostanie zawarta umowa art. 10 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych* ***„ Zabrania się wprowadzania do obrotu******wyrobów, jeżeli dotyczące ich certyfikaty zgodności utraciły ważność, zostały wycofane lub zawieszone”*** *oraz* ***art. 94 ust. 1*** *ustawy o wyrobach medycznych* ***„ Kto wprowadza do obrotu wyroby, których certyfikaty zgodności wydane przez jednostki notyfikowane utraciły ważność, zostały zawieszone lub wycofane, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”****. W przypadku kończącego się terminu ważności dokumentu Wykonawca ma obowiązek dostarczyć wymagany aktualny dokument w następnym dniu po dniu utraty terminu ważności dokumentu. W przypadku gdy dokument traci ważność podczas trwania umowy Wykonawca musi załączyć do aktualnego dokumentu oświadczenie, że dostarczy przedłużenie dokumentu do siedziby Zamawiającego.*

*W przypadku gdy dokument traci ważność przed podpisaniem umowy Wykonawca wraz z egzemplarzem podpisanej umowy dostarczy Zamawiającemu aktualny dokument.*

1. **Opis sposobu przygotowania oferty**
2. **Wymagania podstawowe**
3. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę, złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez tego Wykonawcę;
4. Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SIWZ;
5. Oferta winna być podpisana przez osoby umocowane do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy;
6. W przypadku podpisywania oferty i składających się na nią dokumentów i oświadczeń przez osob(ę)y niewymienion(ą)e w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo*.* Pełnomocnictwo musi być przedstawione w formie oryginału lub notarialnie poświadczonej za zgodność z oryginałem kopii;
7. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
8. **Forma oferty**
9. Oferta musi być napisana w języku polskim i mieć formę pisemną.
10. Ofertę wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami należy umieścić w nieprzejrzystej, zamkniętej kopercie lub opakowaniu. Koperta powinna być opieczętowana pieczęcią firmową, zawierać nazwę i adres Wykonawcy oraz nazwę i adres Zamawiającego. Oferty nadsyłane pocztą powinny zawierać informację na kopercie: **nie otwierać przed** (data i godzina otwarcia ofert)

Oferta do postępowania nr:

**Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S.A. w Prudniku**

**(Część/części nr ……….)**

1. Jeżeli oferta zostanie złożona w inny sposób niż wyżej opisany lub zostanie inaczej opisana, Zamawiający nie bierze odpowiedzialności za nieprawidłowe skierowanie czy przedwczesne lub przypadkowe otwarcie oferty.
2. Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu [przepisów](http://lex.online.wolterskluwer.pl/WKPLOnline/index.rpc#hiperlinkDocsList.rpc?hiperlink=type=merytoryczny:nro=Powszechny.1239114:part=a8u3:nr=1&full=1) o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji podawanych podczas otwarcia ofert, o których mowa w art. 86 ust. 4 Pzp. Dokumenty zawierające zastrzeżone informacje należy spiąć oddzielnie z zaznaczeniem: „Dokumenty objęte tajemnicą przedsiębiorstwa” – w przeciwnym wypadku cała oferta traktowana będzie jako jawna.
3. W przypadku załączania do oferty dokumentów sporządzonych w języku obcym należy je złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski.
4. Zamawiający zaleca, aby każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) była ponumerowana kolejnymi numerami.
5. Zamawiający zaleca, aby oferta wraz z załącznikami była zestawiona w sposób uniemożliwiający jej samoistną dekompletację (bez udziału osób trzecich) oraz uniemożliwiający zmianę jej zawartości bez widocznych śladów naruszenia.
6. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty (w tym załącznikach do oferty) muszą być parafowane (lub podpisane) własnoręcznie przez osob(ę)y upełnomocnioną do reprezentowania Wykonawcy. Parafka (podpis) winna być naniesiona w sposób umożliwiający identyfikację podpisu (np. wraz z imienną pieczątką osoby sporządzającej parafkę).
7. W załączniku nr 2 do SIWZ „Wykaz asortymentowo-cenowy” w kolumnie „Informacja o produkcie i producencie ” należy podać wymagane dane w celu bezspornej identyfikacji oferowanego wyrobu.
8. W przypadku gdy Wykonawca składa kserokopię dokumentu, musi być ona poświadczona za zgodność z oryginałem z wpisaniem klauzuli: „za zgodność z oryginałem”, data, podpis, pieczęć imienna.
9. **Zawartość oferty:**
10. Oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty:
11. wypełniony **formularz ofertowy** sporządzony na podstawie wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do SIWZ, zawierający między innymi informację, którą część zamówienia Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy;
12. wypełniony **„Formularz asortymentowo-cenowy”** stanowiący **załącznik nr 2/1-2/11** do SIWZ – na oferowaną część
13. wypełnione **zestawienia parametrów technicznych** – **załącznik nr 3/1-3/11** do SIWZ – na oferowaną część.
14. wypełnione **warunki gwarancji, serwisu i szkolenia** – **załącznik nr 3/1-3/11** do SIWZ na oferowaną część.
15. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku podstaw do wykluczenia z postępowania wypełnione i podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy. Stosowne oświadczenie Wykonawca składa w formie jednolitego dokumentu, stanowiącego **załącznik nr 4 SIWZ** (**formularz JEDZ)**
16. Dokument stwierdzający ustanowienie przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania ich w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego (dotyczy jedynie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie) – dokument winien być przedstawiony w formie przewidzianej w rozdz. VII ust. 1 pkt. 4) dla pełnomocnictwa;
17. Pełnomocnictwo, o którym mowa w rozdz. VII ust. 1 pkt. 4) – jeżeli dotyczy.
18. Oryginał gwarancji lub poręczenia, jeśli wadium wnoszono w innej formie niż pieniądz.
19. **Wymagania dotyczące wadium**
20. Warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu jest wniesienie wadium w rozbiciu na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr części** | **Kwota wadium** |
| 1 | **4400 zł** |
| 2 | **3900 zł** |
| 3 | **2800 zł** |
| 4 | **2700 zł** |
| 5 | **2400 zł** |
| 6 | **1970 zł** |
| 7 | **1920 zł** |
| 8 | **690 zł** |
| 9 | **660 zł** |  | **690 zł** |
| 10 | **7000 zł** |  | **690 zł** |
| 11 | **3300 zł** |  | **660 zł** |

Uwaga: W przypadku złożenia oferty częściowej wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium w kwocie określonej dla danej części. W przypadku złożenia oferty na kilka części kwota wadium stanowi sumę wadiów ustalonych dla poszczególnych części zamówienia. Jeżeli wysokość wniesionego wadium będzie niższa niż suma wynikająca z poszczególnych części zamówienia, zamawiający uzna, że wadium nie zostało wniesione.

1. Wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert o którym mowa w Rozdziale X ust 1.
2. Wadium może być wnoszone w:
   1. pieniądzu;
   2. poręczeniach bankowych, lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
   3. gwarancjach bankowych;
   4. gwarancjach ubezpieczeniowych;
   5. poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. z 2016 r. poz. 359).
3. Wadium wnoszone w pieniądzu wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego – **Bank Spółdzielczy w Prudniku 69 8905 0000 3000 0021 0887 0001.**
4. Jeżeli wadium zostanie wniesione w pieniądzu, przelewem, Wykonawca dołącza do oferty kserokopie wpłaty wadium z potwierdzeniem dokonanego przelewu. Na poleceniu przelewu należy wpisać**:**

**„Wadium** - **Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

1. Wadium za wniesione uznaje się z chwilą jego wpłynięcia na wskazany rachunek Zamawiającego.

7. W przypadkach wniesienia wadium w formach określonych w ust. 3 pkt. 2) - 5) Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty gwarancję bądź poręczenie w następujący sposób: kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem zszyć, zbindować lub w inny sposób trwale złączyć z ofertą, natomiast oryginał dokumentu należy złożyć wraz z ofertą w taki sposób aby była możliwość jego zwrócenia bez dekompletowania oferty.

8. Wadium wnoszone w formach określonych w ust. 7, musi zawierać zobowiązanie gwaranta lub poręczyciela z tytułu wystąpienia zdarzeń, o których mowa w art. 46 ust. 4a i 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, przy czym:

1. dokumenty te będą zawierały klauzule zapłaty sumy wadialnej na rzecz Zamawiającego bezwarunkowo i na pierwsze żądanie,
2. dokumenty te zostaną złożone w oryginale.

9. Zamawiający zwraca wadium w przypadkach określonych w art. 46 ustawy Pzp.

10. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli:

1. Wykonawca, którego oferta została wybrana, odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie;
2. Wykonawca, którego oferta została wybrana nie wniósł wymaganego zabezpieczenia należytego wykonania umowy (o ile było wymagane);
3. Zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało sie niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy;
4. Wykonawca w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a ustawy Pzp, z przyczyn leżących po jego stronie, nie złożył dokumentów lub oświadczeń o których mowa w art. 25 ust. 1, oświadczenia o którym mowa w art. 25a ust. 1, pełnomocnictw, lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki, o której mowa w art. 87 ust 2 pkt. 3 ustawy Pzp, co powodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez wykonawcę jako najkorzystniejszej.

## Brak złożenia oryginału dokumentu potwierdzającego wniesienie wadium w innej formie niż pieniądz oznacza, że wadium nie zostało wniesione i brak ten nie podlega uzupełnieniu w trybie art. 26 ust. 3 Pzp. Niezłożenie oryginału dokumentu potwierdzającego wniesienie wadium w formie innej niż pieniądz przed upływem terminu składania ofert stanowi również podstawę do odrzucenia oferty na podstawie znowelizowanego przepisu art. 89 ust. 1 pkt. 7b).

1. **Termin związania ofertą**
   * + 1. Wykonawca związany jest ofertą przez okres **60 dni** licząc od dnia składania ofert (art. 85 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp).
       2. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania z 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.
2. **Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert**
   * + 1. **Miejsce oraz termin składania ofert.**

Oferty należy składać do dnia **30.01.2018r. do godz. 10:00 w:**

**Prudnickim Centrum Medycznym S.A. w Prudniku,**

**ul. Szpitalna 14,**

**48-200 Prudnik, Sekretariat**.

* + - 1. **Miejsce oraz termin otwarcia ofert.**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **30.01.2018r. o godz. 10:30** **w:**

**Prudnickim Centrum Medycznym S.A. w Prudniku,**

**ul. Szpitalna 14,**

**48-200 Prudnik, Sala narad** (parter).

* + - 1. 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.
      2. W przypadku złożenia oferty po upływie terminu określonego w ust. 1, Zamawiający zwraca ofertę po upływie terminu przewidzianego na złożenie odwołania. W przypadku przesłania oferty decyduje dzień i godzina doręczenia.
      3. Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na stronie www.pcm.prudnik.pl informacje dotyczące:
      4. kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
      5. firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
      6. ceny, terminu dostawy zamówienia, okresu gwarancji zawartych w ofertach.

1. **Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń i dokumentów, a także wskazania osób uprawnionych do porozumiewania się z Wykonawcami.**
2. W postępowaniu komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2012r. poz. 1529 oraz z 2015r. poz. 1830), osobiście, za pośrednictwem posłańca, faksu lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013r. poz. 1422, z 2015r. poz. 1844 oraz z 2016r. poz. 147 i 615), z uwzględnieniem wymogów dotyczących formy.
3. Ze strony Zamawiającego pracownikami upoważnionym do porozumiewania się z Wykonawcami w sprawach zamówienia są:

W sprawach formalno-prawnych specjalista ds. zamówień publicznych Dawid Goreczka, e-mail: przetargi@pcm.prudnik.pl.

W sprawach merytorycznych Ordynator Oddziału Wewnętrznego – lek. med. Tadeusz Wylęgała; nr tel. 77/406 7824.

1. Wykonawca i Zamawiający będą obowiązani przekazywać oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje **drogą elektroniczną**, a każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdzi fakt ich otrzymania. W każdym wypadku dopuszczalna też będzie **forma pisemna** porozumiewania się stron postępowania. Forma pisemna będzie obligatoryjna dla oferty (również jej zmiany i wycofania), umowy oraz oświadczeń i dokumentów, wymienionych w Rozdziale VI SIWZ (również w wypadku ich złożenia w wyniku wezwania, o którym mowa w Rozdziale VI pkt. 8 SIWZ).
2. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
3. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 3, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 3.
4. Pytanie powinno być opatrzone nazwą składającego je Wykonawcy. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający zamieści na stronie internetowej www.pcm.prudnik.pl, w zakładce dotyczącej niniejszego postępowania, bez ujawniania źródła zapytania. **Wykonawcy proszeni są, o ile to możliwe, o przekazanie treści zapytań również drogą elektroniczną, w formacie edytowalnym („doc.”, „docx.”, itp.).**
5. Zamawiający **nie będzie zwoływał zebrania wszystkich Wykonawców,** o którym mowa w art. 38 ust. 3 Pzp, w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści SIWZ.
6. Jeżeli Zamawiający wprowadzi przed terminem składania ofert jakiekolwiek zmiany w treści SIWZ, zostaną one zamieszczone na stronie internetowej www.pcm.prudnik.pl w zakładce przeznaczonej dla niniejszego postępowania.
7. **Opis sposobu obliczania ceny**

**A.**

* + - 1. Wykonawca określi ceny na wszystkie elementy zamówienia wymienione w wykazie asortymentowo- cenowym wraz z formularzu cenowym, do którego składa ofertę.
      2. Wszystkie pozycję muszą zawierać cenę jednostkową,
      3. Cena jednostkowa każdej pozycji musi obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, wartość brutto należy liczyć w sposób następujący: cena jednostkowa netto x ilość = wartość netto + podatek VAT = wartość brutto.
      4. Cena musi być wyrażona w PLN dla całości oferty,
      5. W ofercie Wykonawca określi cenę netto i brutto zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku, przy czym końcówki poniżej 0,5 groszy pomniejsza się, a końcówki 0,5 groszy i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.
      6. Wprowadzenie przez Wykonawcę zmian w ilościach określonych przez Zamawiającego w poszczególnych pozycjach formularza cenowego spowoduje odrzucenie oferty,
      7. Ostateczną ceną oferty stanowi suma wartości poszczególnych pozycji formularza cenowego brutto,
      8. Jeżeli zostanie złożona oferta, której wybór prowadzić będzie do powstania obowiązku podatkowego zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który będzie miał obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami,
      9. W przypadku złożenia oferty przez wykonawcę mającego swoją siedzibę w kraju spoza obszaru Unii Europejskiej, zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny różnicę w kwocie należnego podatku VAT oraz pozostałych należności, których obowiązek uiszczenia spoczywa na zamawiającym, wynikających z innych przepisów, w tym celnych.

**B.**

1. Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty pod warunkiem, że będą one złożone przed terminem składania ofert. Wprowadzone zmiany do oferty muszą być złożone na takich samych zasadach jak składana oferta tj. w zamkniętej kopercie, odpowiednio oznakowanej z dopiskiem: „**ZMIANA**”. Żadna oferta nie może być modyfikowana lub wycofana po upływie terminu składania ofert.
2. Koperty oznakowane dopiskiem „**ZMIANA**” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonania zmian, zostaną dołączone do oferty.
3. Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert, wycofać ofertę poprzez złożenie pisemnego oświadczenia (wg takich samych zasad jak wprowadzenie zmian) z napisem na kopercie „**WYCOFANIE**”; do oświadczenia musi być dołączony dokument, z którego jasno wynika, kto jest uprawniony do reprezentowania firmy Wykonawcy, a tym samym do wycofania złożonej oferty. Oferta wycofana zostanie zwrócona Wykonawcy drogą pocztową lub zostanie wydana osobie, która będzie upoważniona do odbioru osobistego oferty wycofanej.
4. **Informacje dotyczące walut obcych, w jakich mogą być prowadzone rozliczenia między Zamawiającym, a Wykonawcą**

Zamawiający nie przewiduje rozliczeń z Wykonawcą w walutach obcych; rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą prowadzone będą w PLN.

1. **Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze ofert wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert**

Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryteriów wyboru ofert określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **KRYTERIUM** | **RANGA** |
| 1. | Cena | 60% |
| 2. | Termin dostawy | 20% |
| 3. | Okres gwarancji | 20% |

**Sposób obliczania wartości punktowej poszczególnych kryteriów:**

* + - * 1. Kryterium „ cena” oceniane będzie na podstawie wypełnionego załącznika nr 2 do SIWZ „Wykaz asortymentowo- cenowy” wg wzoru:

**C min.**

**Wartość punktowa ceny = R x ----------------**

**C ofer.**

R – ranga

C min. – cena minimalna

C ofer. – cena oferowana

* + - * 1. Kryterium „termin dostawy” rozpatrywane będzie na podstawie terminu podanego przez Wykonawcę w formularzu Oferty.

Maksymalny wymagany przez Zamawiającego termin dostawy wynosi 8 tygodni – minimalny 6 tygodni.

Za termin dostawy wynoszący **6** do **8 tygodni** Wykonawca otrzyma – **0 pkt.**

Za termin dostawy wynoszący do **6 tygodni** Wykonawca otrzyma – **20 pkt.**

*W przypadku podania przez Wykonawcę dłuższego lub krótszego terminu dostawy niż wymagany lub niewpisanie żadnego terminu w ofercie, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, jako niezgodna z SIWZ.*

* + - * 1. Kryterium „termin gwarancji” rozpatrywane będzie na podstawie terminu podanego przez Wykonawcę w formularzu Oferty.

Maksymalny wymagany przez Zamawiającego termin gwarancji wynosi 36 miesięcy – minimalny 24 miesiące, a dla części nr 1 – maksymalny termin gwarancji 60 miesięcy, a minimalny 36 miesięcy.

Za termin gwarancji wynoszący **24 miesiące** Wykonawca otrzyma – **0 pkt. (dla części od nr 1 do nr 9).**

Za termin gwarancji wynoszący **36 miesięcy** Wykonawca otrzyma – **20 pkt. (dla części od nr 1 do nr 9).**

Za termin gwarancji wynoszący **36 miesięcy** Wykonawca otrzyma – **0 pkt. (dla części nr 10 i 11).**

Za termin gwarancji wynoszący **60 miesięcy** Wykonawca otrzyma – **20 pkt. (dla części nr 10 i 11).**

*W przypadku podania przez Wykonawcę dłuższego lub krótszego terminu gwarancji niż wymagany lub niewpisanie żadnego terminu w ofercie, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, jako niezgodna z SIWZ.*

**Ocena końcowa oferty.**

Ocena końcowa oferty stanowi sumę punktów uzyskanych za kryteria wymienione w ust. 2.

1. **Informacje o formalnościach jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego**
   * + 1. Umowa w sprawie zamówienia publicznego zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z treści niniejszej SIWZ oraz danych zawartych w ofercie.
       2. Wzór umowy w załączeniu – załącznik nr 4 do SIWZ, który stanowi integralną część SIWZ. Umowa z Wykonawcą, który wygra postępowanie, zostanie podpisana w terminie nie krótszym niż określono to w przepisach art. 94 ust. 1 pkt. 1) ustawy Prawo zamówień publicznych, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 2 ustawy Pzp.
       3. W przypadku gdyby wyłoniona w prowadzonym postępowaniu oferta została złożona przez dwóch lub więcej Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego (np. konsorcjum), Zamawiający przed podpisaniem umowy w sprawie zamówienia publicznego może zażądać umowy regulującej współpracę tych podmiotów, która w sposób nie budzący wątpliwości określa:

przedsiębiorców odpowiedzialnych za złożoną ofertę i wykonanie zamówienia,

oznaczenie celu gospodarczego dla którego umowa została zawarta,

oznaczenie czasu trwania umowy,

oznaczenie sposobu prowadzenia spraw konsorcjum oraz zasady reprezentacji. Zamawiający wszelką korespondencję oraz rozliczanie za wykonane dostawy prowadzić będzie z upoważnionym reprezentantem konsorcjum,

określenie sposobu ustania umowy konsorcjum

1. **Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

1. **Podwykonawstwo**

W przypadku powierzenia realizacji umowy podwykonawcy Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność wobec  Zamawiającego za jego działania i zaniechania.

Przez umowę o podwykonawstwie należy rozumieć umowę w formie pisemnej o charakterze odpłatnym, której przedmiotem są usługi lub dostawy stanowiące część zamówienia publicznego, zawartą między wybranym przez Zamawiającego Wykonawcą, a innym podmiotem (podwykonawcą).

Zamawiający żąda wskazania przez wykonawcę w ofercie części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, i podania przez wykonawcę firm podwykonawców. Wskazanie niniejszego nastąpi w Formularzu oferty.

Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 PZP, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, wykonawca jest obowiązany wykazać zamawiającemu, że proponowany inny podwykonawca lub wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na którego zasoby wykonawca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.

1. **Wzór umowy**

Wzór umowy stanowi załącznik nr 5 do SIWZ.

1. **Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujący Wykonawcy w toku postępowania o udzielenie zamówienia**
   * + 1. Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu przedmiotowego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy, przysługują środki ochrony prawnej określone w dziale VI ustawy PZP.
       2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz niniejszej SIWZ przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 ustawy PZP.
       3. Środkami ochrony prawnej, o których mowa w pkt. 1 i 2 są odwołanie oraz skarga do sądu.

**Odwołanie:**

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 PZP.
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 Krajowej Izby Odwoławczej 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. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 180 ust. 5 zdanie drugie ustawy PZP albo w terminie 15 dni, jeżeli zostały przesłane w inny sposób.
5. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a także wobec postanowień SIWZ, wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia SIWZ na stronie internetowej Zamawiającego.
6. Odwołanie wobec czynności innych niż wyżej wymienione 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.

**Skarga do sądu:**

1. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
2. W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r. nr 43, poz. 296 z późn. zm.) o apelacji, jeżeli przepisy Działu VI Rozdziału 3 ustawy PZP nie stanowią inaczej.
3. Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania Zamawiającego.
4. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012r. Prawo pocztowe jest równoznaczne z jej wniesieniem.
5. Prezes Izby przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego właściwemu sądowi w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.
6. Szczegółowe prawa i obowiązki w zakresie środków ochrony prawnej przysługujących Wykonawcy w toku postępowania o udzielenie zamówienia regulują przepisy Działu VI ustawy PZP.
7. **Wykaz załączników do niniejszej SIWZ**

Załącznikami do niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia są:

Załącznik nr 1 – Wzór Formularza Ofertowego

Załącznik nr 2/1 – 2/11 – Wzór Formularza asortymentowo-cenowego – wzór stanowi załącznik dla każdej odrębnej części przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 3/1 – 3/11 – Zestawienie parametrów technicznych i warunki gwarancji i serwisu - załącznik dla każdej odrębnej części przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 4 – Jednolity europejski dokument zamówienia (JEDZ)

Załącznik nr 5 – Projekt umowy

Załącznik nr 6 – Oświadczenie o instrukcji użycia/obsługi w języku polskim

Załącznik nr 7 – Oświadczenie o braku prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne

Załącznik nr 8 – Oświadczenie o braku orzeczenia wobec Wykonawcy zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne

Załącznik nr 9 – Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych

Załącznik nr 10 – Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej



Nr postępowania: **1/XII/2017/13**  **Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA** | **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa .......................................................................................  Adres: .......................................................................................  NIP: ................................... REGON: ....................................  NR TEL.: ...........................................................  ADRES EMAIL: ......................................................................  Strona internetowa ……………………………………………..: | **PRUDNICKIE CENTRUM MEDYCZNE  SPÓŁKA AKCYJNA W PRUDNIKU**  **ul. SZPITALNA 14, 48-200 PRUDNIK tel. (77) 40 67 890** |

W związku z ogłoszeniem o postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego o wartości przekraczającej wyrażoną w złotych kwotę 209 000 euro, nr **1/XII/2017/13** na:

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

(ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, opublikowano w Dz.U.U.E oraz na stronie internetowej www.pcm.prudnik.pl., zamieszczono na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego)

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto**  **zł** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto**  **zł** |
| **1 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………..............** | | | |
| **2 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:………………………………………………………………………………………………………………….....** | | | |
| **3 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………….** | | | |
| **4 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| **5 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………….** | | | |
| **6 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| **7 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| **8 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| **9 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| **10 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………..............** | | | |
| **11 część zamówienia** |  |  |  |
| **Słownie brutto:………………………………………………………………………………………………………………….....** | | | |

**IV.OFERUJEMY** termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni (od 6 do 8 tygodni od daty zawarcia umowy.)

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

termin dostawy dla części nr ..….. wynoszący ……..… tygodni

**V. OFERUJEMY OKRES GWARANCJI**  dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /Ce

dla części nr …….. wynoszący ….……… miesięcy /ce

(24 miesiące lub 36 miesięcy dla części od nr 1 do nr 9, 36 lub 60 miesięcy dla części nr 10 i 11)

**VI. WPŁATA WADIUM**

1. Wysokość i forma w jakiej zostało wniesione wadium

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

2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium

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

**VII. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ DO** zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy w/g **załącznika nr 5 do SIWZ.**

**VIII. OŚWIADCZAMY**, że:

* zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
* Zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
* Zapoznaliśmy się z obowiązkami Wykonawcy i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
* Oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystawy itp.
* Oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).
* Zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia.
* Zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia.
* Przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy.

**IX.OFERUJEMY WYMAGANE DOKUMENTY:**

* wypełniony formularz ofertowy sporządzony na podstawie wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do SIWZ, zawierający między innymi informację którą część zamówienia Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy,
* wypełniony formularz asortymentowo-cenowy sporządzony na podstawie wzoru stanowiącego **załącznik nr 2/1 – 2/11** do SIWZ (na oferowaną część)
* wypełnione **zestawienia parametrów technicznych** – **załącznik nr 3/1 – 3/11** do SIWZ (na oferowaną część)
* wypełnione **warunki gwarancji, serwisu i szkolenia** – **załącznik nr 3/1 – 3/11** do SIWZ (na oferowaną część)
* oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku podstaw do wykluczenia z postępowania wypełnione i podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy. Stosowne oświadczenie Wykonawca składa w formie jednolitego dokumentu, stanowiącego **Załącznik nr 4** do Specyfikacji (formularz **JEDZ**),
* dokument stwierdzający ustanowienie przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania ich w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego (dotyczy jedynie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie) – dokument winien być przedstawiony w formie przewidzianej w rozdz. VI ust. 1 pkt. 4) dla pełnomocnictwa,
* jeżeli dotyczy – pełnomocnictwo, o którym mowa w rozdz. VI ust. 1 pkt. 4),

**X.** W przypadku gdy Certyfikat Zgodności dopuszczający przedmiot zamówienia do użytku straci ważność przed datą zawarcia umowy, **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,** dostarczyć aktualny dokument wraz z egzemplarzem podpisanej umowy.

**XI.** W przypadku gdy Certyfikat Zgodności przedstawiony w ofercie utraci ważność podczas trwania umowy, **ZOBOWIĄZUJEMY** się do dostarczenia Zamawiającemu aktualnego dokumentu dopuszczającego przedmiot zamówienia do użytku. Dokument zostanie dostarczony w następnym dniu po dniu utraty terminu ważności dokumentu.

**XII.** Na podst. art.91 ust.3 a ustawy Pzp oświadczamy, że

1. wybór oferty **nie będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług 1 \*
2. wybór oferty **będzie prowadził** do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług2 Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ……………………………3 objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła ……………………………………4  złotych.\*

*\** ***niepotrzebne skreślić***

*1. W wypadku wyboru opcji 1) opcję 2) przekreślić*

*2. W wypadku wyboru opcji 2) opcję 1) przekreślić.*

*3. Wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.*

*4. Wpisać wartość netto (bez kwoty podatku) towaru/towarów lub usługi/usług podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej.*

*Art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1579). Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.*

**XIII. ZASTRZEŻENIE INFORMACJI**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

**XIV.** **POTWIERDZAMY** związanie niniejszą ofertą przez okres 60 dni, licząc od dnia upływu terminu składania ofert.

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

*(podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

Załączniki do oferty:

1. ................................................ (wymienić)

2. ...........................................................

3. ................................................ itd.

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/1 do SIWZ

**Część nr 1 – Dostawa bieżni z monitorem, bieżni dla osób niepełnosprawnych i rowerków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Bieżnia z monitorem | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 2 | Bieżnia dla osób niepełnosprawnych | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 3 | Rowerek | 2 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/2 do SIWZ

**Część nr 2 – Dostawa wózków toaletowych, wózka toaletowego do pielęgnacji pacjenta z pojemnikiem na pościel, podnośnika pacjenta, wózka transportowego do przewożenia pacjentów, materacy przeciwodleżynowych, łóżek wielofunkcyjnych, wózka wanny do mycia pacjentów i stołu elektrycznego zabiegowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Wózek toaletowy | 5 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 2 | Wózek toaletowy do pielęgnacji pacjenta z poj. na pościel | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …..........................  Numer referencyjny …............................ |
| 3 | Podnośnik pacjenta | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 4 | Wózek transportowy do przewożenia pacjentów | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 5 | Materac p/odleżynowy | 4 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 6 | Łóżka wielofunkcyjne | 6 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 7 | Wózek wanna do mycia pacjentów | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 8 | Stół elektryczny zabiegowy | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/3 do SIWZ

**Część nr 3 – Dostawa pomp infuzyjnych dwustrzykawkowych, aparatu do spirometrii, holtera EKG, holtera ciśnieniowego, aparatu EKG, respiratora, defibrylatora zewnętrznego i defibrylatora.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa | 4 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 2 | Aparat do spirometrii | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …..........................  Numer referencyjny …............................ |
| 3 | Holter EKG | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 4 | Holter ciśnieniowy | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 5 | Aparat EKG | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 6 | Respirator | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 7 | Defibrylator zewnętrzny | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/4 do SIWZ

**Część nr 4 – Dostawa defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Defibrylator | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/5 do SIWZ

**Część nr 5 – Dostawa lasera wysokoenergetycznego ze skanerem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Laser wysokoenergetyczny ze skanerem | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/6 do SIWZ

**Część nr 6 – Dostawa magnetronika, stołu do masażu całkowitego elektrycznego, foteli do masażu, urządzeń do masażu stóp, rotorów kończyn górnych i dolnych i stolików do terapii zajęciowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Magnetronik | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 2 | Stół do masażu całkowitego elektryczny | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …..........................  Numer referencyjny …............................ |
| 3 | Fotele do masażu | 2 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 4 | Urządzenie do masażu stóp | 3 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 5 | Rotor do kończyn górnych i dolnych | 3 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 6 | Stolik do terapii zajęciowej | 2 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/7 do SIWZ

**Część nr 7 – Dostawa ciśnieniomierza stacjonarnego, łóżka EKG, balkoników, inhalatorów, wagi lekarskiej dla osób z niepełnosprawnościami i lampy bakteriobójczej przepływowej i lampy do światłolecznictwa.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Ciśnieniomierz stacjonarny | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 2 | Łóżko EKG | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …..........................  Numer referencyjny …............................ |
| 3 | Balkonik | 5 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 4 | Inhalator | 3 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 5 | Waga lekarska specjalistyczna dla osób z niepełnosprawnościami | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 6 | Lampa bakteriobójcza przepływowa | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
| 7 | Lampa do światłolecznictwa | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/8 do SIWZ

**Część nr 8 – Dostawa stołu do masażu z platformą wodną**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Laser wysokoenergetyczny ze skanerem | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/9 do SIWZ

**Część nr 9 – Dostawa urządzenia do krioterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Urządzenie do krioterapii | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/10 do SIWZ

# Formularze asortymentowo-cenowe

**Część nr 10 – Dostawa aparatu ultrasonograficznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Aparat USG z głowicami | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik Nr 2/11 do SIWZ

**Część nr 11 – Dostawa aparatu Doppler**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Ilość w szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Informacje o produkcie i producencie |
| 1 | Aparat Doppler | 1 |  |  |  |  | Pełna nazwa producenta ….....................  Pełna nazwa wyrobu …...........................  Numer referencyjny …............................ |
|  | **Wartość części** |  |  |  |  |  |  |

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

*/podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania wykonawcy/*

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/1 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 1**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Bieżnia z monitorem 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Sterowanie prędkością bieżni z krokiem 0,1km/h | TAK |  |  |
| 2 | Konsola z ekranem dotykowym pozwalająca sterować prędkością i nachyleniem bez udziału komputera | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość rozbudowy o automatyczny pomiar ciśnienia krwi | TAK |  |  |
| 4 | Zakres prędkości 0-20 km/h | TAK |  |  |
| 5 | Zakres nachylenia 0-25% z krokiem 0,5% | TAK |  |  |
| 6 | Ruchomy pas o wymiarach 50 x 150 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 7 | Wymiary bieżni: 80 x 205 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 8 | Waga bieżni 160 - 165 kg | TAK |  |  |
| 9 | Start bieżni od prędkości równej zero | TAK |  |  |
| 10 | Wytrzymałe i wygodne poręcze (również po bokach) | TAK |  |  |
| 11 | Ciężar pacjenta do min. 220 kg | TAK |  |  |
| 12 | Dwa przyciski STOP awaryjnego zatrzymywania (po obu stronach poręczy) | TAK |  |  |
| 13 | Odległość ruchomego pasa bieżni od podłoża 17 cm | TAK |  |  |
| 14 | Cicha praca do 30 dB | TAK |  |  |
| 15 | Amortyzacja drgań i wstrząsów | TAK |  |  |
| 16 | Możliwość połączenia z systemami kontroli wysiłku przez interfejs RS-232 | TAK |  |  |
| 17 | Zgodność z mechanicznymi i elektrycznymi normami bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1. | Oprogramowanie wchodzące w skład kardiologicznej platformy do obsługi systemu holtera EKG, RR, spirometrii i spoczynkowego EKG, próby wysiłkowej pracującej na wspólnej bazie pacjentów (zainstalowanej lokalnie na komputerze) | TAK |  |  |
| 2. | Możliwość wpisania m.in. imienia, nazwiska, płci, daty urodzenia, rasy pacjenta | TAK |  |  |
| 3. | Automatyczny backup bazy danych na różnych nośnikach tj. CD, DVD, dyski zewnętrzne HDD | TAK |  |  |
| 4. | 12-kanałowy ciągły zapis z pełną kontrolą parametrów badania | TAK |  |  |
| 5. | Wyświetlanie nazwy protokołu, fazy próby, czasu trwania badania i poszczególnych faz | TAK |  |  |
| 6. | Wyświetlanie procentowego wykonania limitów tętna z wartością docelową | TAK |  |  |
| 7 | Podgląd zapisu EKG wraz z wyświetleniem pomiarów odcinków ST w układzie: 1 x 6 , 2 x 6 oraz 1 x 12-kanałowym | TAK |  |  |
| 8 | Możliwość rozbudowy o podciśnieniowy system aplikacji elektrod | TAK |  |  |
| 9 | W zestawie klasyczny przenośny aparat EKG (jako przekaźnik sygnału EKG w próbie wysiłkowej) | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość wykonywania bezpośrednich wydruków spoczynkowego EKG na papierze termicznym o szerokości: 58mm | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlanie bieżącej częstotliwości rytmu serca, obciążenia, wartości ST i arytmii | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany układu okien i interfejsu użytkownika | TAK |  |  |
| 13 | Ustawienie metody pomiaru odcinka ST przed rozpoczęciem próby | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość wyłączenia z podglądu niektórych kanałów EKG w przypadku artefaktów | TAK |  |  |
| 15 | Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych punktu J oraz J+ podczas próby wysiłkowej | TAK |  |  |
| 16 | Automatyczne wykrywanie arytmii i ich analiza | TAK |  |  |
| 17 | Możliwość zatrzymania i retrospektywnego podglądu zapisu EKG w czasie trwania badania | TAK |  |  |
| 18 | Pomiary ręczne odcinków na wstędze EKG podczas trwania próby | TAK |  |  |
| 19 | Moduł pomiaru QT do analizy tzw. "syndromu długiego QT" i ryzyka nagłej śmierci | TAK |  |  |
| 20 | Analiza ryzyka choroby wieńcowej i śmierci pacjenta | TAK |  |  |
| 21 | Wyliczenie maksymalnego obciążenia dla poszczególnego pacjenta | TAK |  |  |
| 22 | Wyliczenie maksymalnego HR z uwzględnieniem metody dla dorosłych i dzieci | TAK |  |  |
| 23 | Wykrywanie nieprawidłowego procesu odpoczywania po próbie przy wykorzystaniu indeksu ST/HR | TAK |  |  |
| 24 | Wykres map ST w postaci poziomego i pionowego rzutu serca | TAK |  |  |
| 25 | Możliwość dodania znaczników i komentarzy na zapisie EKG podczas próby wysiłkowej | TAK |  |  |
| 26 | Porównanie odcinków ST dla fazy spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK |  |  |
| 27 | Porównanie załamków QRS w fazie spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK |  |  |
| 28 | Alarmy przekroczenia tętna oraz obniżenia i uniesienia odcinka ST | TAK |  |  |
| 29 | Możliwość podłączenia cykloergometru i bieżni z automatycznym pomiarem ciśnienia | TAK |  |  |
| 30 | Współpraca z bieżniami i ergometrami rożnych producentów | TAK |  |  |
| 31 | Wyświetlanie wartości obrotów pedałów na minutę RPM dla badania z cykloergometrem | TAK |  |  |
| 32 | Możliwość zmiany prędkości i nachylenia bieżni oraz obciążenia cykloergometru podczas próby | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość edycji i tworzenia nowych protokołów | TAK |  |  |
| 34 | Tworzenie profili dla grup pacjentów np. dzieci, sportowców, osób po zawale | TAK |  |  |
| 35 | Możliwość zmiany protokołu na RAMP podczas próby | TAK |  |  |
| 36 | Możliwość tworzenia opisu badania podczas trwania fazy odpoczynku z podglądem EKG | TAK |  |  |
| 37 | Możliwość automatycznego wydruku wstęgi EKG po zakończeniu każdej fazy badania | TAK |  |  |
| 38 | Wydruk raportu w poziomie w celu dłuższych wydruków wstęg EKG | TAK |  |  |
| 39 | Możliwość wydruku wstęgi EKG w trakcie przeprowadzania próby | TAK |  |  |
| 40 | Konfigurowanie raportu końcowego | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na bieżnię z monitorem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Bieżnia dla osób niepełnosprawnych 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Bieżnia rehabilitacyjna z systemem do pionizacji | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w profesjonalną i wygodną uprzężą dla pacjentów wymagających rehabilitacji kończyn dolnych | TAK |  |  |
| 3 | Urządzenie wyposażone w wysięgnik, który pełni dwie funkcje podczas terapii - utrzymuje pacjenta w pozycji pionowej (pionizuje) oraz odciąża jego wagę i ułatwia ćwiczenia na bieżni. | TAK |  |  |
| 4 | Urządzenie wyposażone w system pneumatyczny pozwala na odciążenie pacjenta w zakresie 5 - 35 kg. | TAK |  |  |
| 5 | Bieżnia wyposażona jest w amortyzację pasa, która zapobiega przeciążeniu stawów podczas rehabilitacji. | TAK |  |  |
| 6 | Bieżnia rehabilitacyjna wyposażona w długie, antypoślizgowe i regulowane na wysokość poręcze boczne wspomagające rehabilitację i bezpieczeństwo pacjenta. | TAK |  |  |
| 7 | oprogramowanie min. 4 programy treningowe, | TAK |  |  |
| 8 | Zasilanie: 110 - 230 V / 50 - 60 Hz | TAK |  |  |
| 9 | Silnik - moc: AC 2,25 KM | TAK |  |  |
| 10 | Prędkość bieżni: 0,2 - 10 km/h | TAK |  |  |
| 11 | Nachylenie bieżni: -3% do 12% | TAK |  |  |
| 12 | Przycisk bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| 13 | Wymiary po rozłożeniu (dł/szer/wys): 215 x 90 x 168 cm (+/- 3 cm) | TAK |  |  |
| 14 | Powierzchnia bieżni: 152x 55 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 15 | Funkcja amortyzacji | TAK |  |  |
| 16 | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg | TAK |  |  |
| 17 | Waga bieżni do 200 kg | TAK |  |  |
| **II** | **System do pionizacji** | TAK |  |  |
| 19 | Maks. obciążenie podwieszenia: 600 kg | TAK |  |  |
| 20 | System odciążający: pneumatyczny, 5 - 35 kg | TAK |  |  |
| 21 | System pneumatyczny wyposażony w pokrętło do regulacji odciążenia pacjenta | TAK |  |  |
| 22 | Urządzenie posiada czytelny i funkcjonalny panel sterujący wszystkimi parametrami bieżni. | TAK |  |  |
| 23 | Bieżnia wyposażona w pas telemetryczny do dokładnego i wygodnego pomiaru tętna | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na bieżnię dla osób niepełnosprawnych | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Rowerek 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE -Cykloergometr pionowy 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Sterowany mikroprocesorem system hamowania | TAK |  |  |
| 2 | Obciążenie w zakresie 6- 999 Watt | TAK |  |  |
| 3 | Obciążenie niezależne od prędkości obrotowej | TAK |  |  |
| 4 | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-238 | TAK |  |  |
| 5 | Zakres prędkości obrotowej 30-130 obr/min | TAK |  |  |
| 6 | Regulowany kąt ustawienia kierownicy (360°) | TAK |  |  |
| 7 | Regulacja wysokości siodełka | TAK |  |  |
| 8 | Dopuszczalna max. waga pacjenta 160kg | TAK |  |  |
| 9 | Wyświetlenie na ekranie cykloergometru obciążenia, obrotów pedałów RPM, prędkości, czasu badania, tętna HR | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz o wymiarach: 68 x 34 mm (128 x 64 pixeli) | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlenie obrotów pedałów RPM dla pacjenta na diodach LED | TAK |  |  |
| 12 | Cyfrowe i analogowe złącza sterujące | TAK |  |  |
| 13 | Waga cykloergometru do 62kg | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary max. (dł. x sz. x wys.) 90cm x 46 cm 133 cm (+/- 3 cm)  Zasilanie 230V/50-60Hz/max. 80W | TAK |  |  |
| 15 | 5 zaprogramowanych fabrycznie protokołów wysiłkowych - (WHO, BAL, Hollmann, STD France, standard) | TAK |  |  |
| 16 | Liczba protokołów programowalnych przez użytkownika: 10 | TAK |  |  |
| 17 | Manualna kontrola obciążenia | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na rowerki | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 2**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Wózek toaletowy - 5 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek toaletowy z pojemnikiem sanitarnym | TAK |  |  |
| 2 | Wyposażony w cztery koła obrotowe, w tym min. 2 z hamulcem | TAK |  |  |
| 3 | Wyposażony w podłokietniki | TAK |  |  |
| 4 | Wyposażony w odchylane i ściągane podnóżki | TAK |  |  |
| 5 | Wyposażony w poduszkę do siedzenia | TAK |  |  |
| 6 | Konstrukcja umożliwiająca najeżdżanie na sedes | TAK |  |  |
| 7 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 8 | Długość 800 mm (±50 mm) | TAK |  |  |
| 9 | Wysokość 900 mm (±50 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Szerokość 520 mm (±60 mm) | TAK |  |  |
| 11 | Szerokość siedziska 420 mm (±10 mm) | TAK |  |  |
| 12 | Wysokość siedziska od podłogi 520 mm (±20 mm) | TAK |  |  |
| 13 | Głębokość siedziska 420 (±10 mm) | TAK |  |  |
| 14 | Wysokość oparcia 370 (±30 mm) | TAK |  |  |
| 15 | Pojemność pojemnika sanitarnego 4-5l | TAK |  |  |
| 16 | Waga wózka: max 13 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Podnośnik pacjenta – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi | TAK |  |  |
| 2 | Podnośnik wyposażony w cztery kółka obrotowe z hamulcem | TAK |  |  |
| 3 | Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności. | TAK |  |  |
| 4 | Podnośnik wyposażony w przycisk awaryjny. | TAK |  |  |
| 5 | Zawieszka z zagłówkiem wykonana z trwałego materiału przepuszczającego wodę - szybkoschnący. | TAK |  |  |
| 6 | Konstrukcja podnośników umożliwia podnoszenie pacjentów z łóżka, z wózka ale również z pozycji podłogi. | TAK |  |  |
| 7 | Podnośnik wyposażony w 2 nośniki( w tym jeden przystosowany do użytku pod prysznicem) | TAK |  |  |
| 8 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 9 | Najniższa pozycja centralnego punktu ograniczenia ruchu: 766 mm (±10 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Maksymalna pozycja centralnego punktu ograniczenia ruchu 1840 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 11 | Zakres podnoszenia (zakres wysokości) 1074 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 12 | Długość ramienia 1150 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 13 | Długość całkowita 1290 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 14 | Minimalny rozstaw ramion 554 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 15 | Maksymalny rozstaw ramion 945 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 16 | Waga całkowita: max 42 kg | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość całkowita (pozycja złożona), wymiar zewnętrzny 680 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 18 | Szerokość całkowita (pozycja rozłożona), kółka jezdne z przodu 1225 mm | TAK |  |  |
| 19 | Maksymalne obciążenie min 175 kg | TAK |  |  |
| 20 | Regulacje odbywają się za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |  |
| 21 | Waga podwozia wraz z silnikiem 20 kg | TAK |  |  |
| 22 | Waga wysięgnika/orczyka 22 kg | TAK |  |  |
| 23 | Dowolna wysokość, co najmniej 51,5 mm | TAK |  |  |
| 24 | Zasięg maksymalny przy 600 mm 434 mm | TAK |  |  |
| 25 | Maksymalny zakres od słupa nośnego 508 mm | TAK |  |  |
| 26 | Wyjście napięcia24V maks. 250 V | TAK |  |  |
| 27 | Napięcie zasilające100-240V ~ maks. 37-53 VA | TAK |  |  |
| 28 | Maksymalny pobór prądu maks. 400 mA | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek transportowy do przewożenia pacjentów – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek kolumnowy przeznaczony do transportu pacjenta | TAK |  |  |
| 2 | Konstrukcja wykonana z profili stalowych, pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |  |
| 3 | Regulowana wysokość leża: 670 - 990 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 4 | Leże czterosegmentowe, wykonane z tworzywa HPL | TAK |  |  |
| 5 | Regulowany kąt nachylenia segmentu pleców sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 6 | Kąt pochylenia segmentu pleców: 0° - 70° | TAK |  |  |
| 7 | Pozycja TB / ATB -12° - 12° | TAK |  |  |
| 8 | Wymiary wózka:  Długość: 2080 mm (± 20 mm)  Szerokość: 850 mm (± 20 mm)  Wysokość regulowana: 670 - 990 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 9 | Wymiar kół: 150 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Centralna blokada kół, z blokadą kierunkową | TAK |  |  |
| 11 | Barierki zwalniane przy pomocy jednej ręki | TAK |  |  |
| 12 | Barierki składane poniżej poziomu materaca | TAK |  |  |
| 13 | Regulowany kąt zgięcia kolan | TAK |  |  |
| 14 | Leże przezierne dla promieni RTG | TAK |  |  |
| 15 | Uchwyt kasety RTG | TAK |  |  |
| 16 | Centralne koło ułatwiające manewrowanie | TAK |  |  |
| 17 | Wymiary materaca:  Długość: 1860 mm (± 20 mm)  Szerokość: 640 mm (± 20 mm)  Grubość: 80 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 18 | Leże z ogranicznikami materaca | TAK |  |  |
| 19 | Plastikowe odbojniki w narożnikach | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax …………………………………………………………………  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Materac przeciwodleżynowy – 4 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE – 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Pneumatyczny materac przeciwodleżynowy rurowy zbudowany z komór, automatycznie i naprzemiennie wypełnianych powietrzem | TAK |  |  |
| 2 | Maksymalne obciążenie robocze: 145 kg | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary materaca: 200cm x 80 cm x 12cm (± 5 cm) | TAK |  |  |
| 4 | Zakres ciśnienia: od nie mniej niż 50 do nie więcej niż 100 mmHg | TAK |  |  |
| 5 | Przepływ powietrza: min. 6l/min | TAK |  |  |
| 6 | Funkcja reanimacyjną CPR - zawór spustu powietrza | TAK |  |  |
| 7 | Cykl pracy stały: 12min (±2min) | TAK |  |  |
| 8 | Alarm niskiego ciśnienia sygnalizowany dźwiękowo | TAK |  |  |
| 9 | Materac w pokrowcu przepuszczającym parę wodną, nie przepuszczającym cieczy | TAK |  |  |
| 10 | Komory napełniane na przemian (co trzecia) | TAK |  |  |
| 11 | Pokrowiec materaca wykonany z poliuretanu zapinany na zamek błyskawiczny z oznaczeniem głowy i nóg w formie rysunku. | TAK |  |  |
| 12 | Regulacja ciśnienia przy pomocy pompy o płynnej regulacji | TAK |  |  |
| 13 | Pompa zasilana elektrycznie, przystosowana do pracy 24 godziny na dobę | TAK |  |  |
| 14 | Pompa wyposażona w łatwy w wymianie filtr powietrza | TAK |  |  |
| 15 | Tryb statyczny | TAK |  |  |
| 16 | Pompa utrzymująca ciśnienie w materacu w przypadku zaniku zasilania | TAK |  |  |
| 17 | Węże łączące materac z pompą mocowane za pomocą szybkozłącza | TAK |  |  |
| 18 | **WYMAGANIA OGÓLNE – 2 szt.** | TAK |  |  |
| 19 | Pneumatyczny materac przeciwodleżynowy rurowy zbudowany z komór, automatycznie i naprzemiennie wypełnianych powietrzem | TAK |  |  |
| 20 | Wymiary materaca: 200cm x 80 cm x 20cm (± 5 cm) | TAK |  |  |
| 21 | Maksymalne obciążenie robocze: 180 kg | TAK |  |  |
| 22 | Zakres ciśnienia: od nie więcej niż 10 do nie mniej niż 50 mm Hg | TAK |  |  |
| 23 | Przepływ powietrza: min. 13 l/min | TAK |  |  |
| 24 | Funkcja reanimacyjna CPR - zawór spustu powietrza | TAK |  |  |
| 25 | Pompa kontrolująca wilgotność wtłaczanego powietrza | TAK |  |  |
| 26 | Alarm niskiego ciśnienia sygnalizowany dźwiękowo | TAK |  |  |
| 27 | Możliwość wyboru cyklu pracy co 6 min, 9 min, 12 min, 25 min | TAK |  |  |
| 28 | Funkcja siedzenia – utwardzanie 3 komór na czas siadania | TAK |  |  |
| 29 | Funkcja poduszki – stałe ciśnienie w trzech komorach od strony głowy | TAK |  |  |
| 30 | Tryb pracy statycznej | TAK |  |  |
| 31 | Materac w pokrowcu przepuszczającym parę wodną, nieprzepuszczającym cieczy | TAK |  |  |
| 32 | Komory napełniane na przemian (co trzecia) | TAK |  |  |
| 33 | Pokrowiec materaca wykonany z poliuretanu zapinany na zamek błyskawiczny z oznaczeniem głowy i nóg w formie rysunku. | TAK |  |  |
| 34 | Regulacja ciśnienia przy pomocy pompy o płynnej regulacji | TAK |  |  |
| 35 | Pompa zasilana elektrycznie, przystosowana do pracy 24 godziny na dobę | TAK |  |  |
| 36 | Pompa wyposażona w łatwy w wymianie filtr powietrza | TAK |  |  |
| 37 | Czujnik kontroli obciążenia, regulujący ciśnienie do wagi i pozycji pacjenta | TAK |  |  |
| 38 | Pompa utrzymująca ciśnienie w materacu w przypadku zaniku zasilania | TAK |  |  |
| 39 | Materac wyposażony w bezprzewodowy pilot pozwalający na regulacje wszystkich parametrów | TAK |  |  |
| 40 | Komory materace wyposażone w mikro-wentylację z możliwością łatwiej wymiany bez użycia narzędzi | TAK |  |  |
| 41 | W zestawie z materacem dołączona zapasowa komora | TAK |  |  |
| 42 | Węże łączące materac z pompą mocowane za pomocą szybko-złącza | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ………………………………………………………………….  Adres e-mail ……………………………………………………………… | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Łóżko wielofunkcyjne - 6 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Łóżko szpitalne z regulowaną wysokością leża (regulacje elektryczne) | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne: 2150 x 1050 mm (±100 mm) | TAK |  |  |
| 3 | Funkcje łóżka: zmienna wysokość leża oraz kąta uniesienia pleców i nóg | TAK |  |  |
| 4 | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym z dodatkiem żywicy utwardzającej lakier. Łóżko na konstrukcji ramowej podpartej w co najmniej 4 miejscach | TAK |  |  |
| 5 | Profile łóżka typu ERW wykonane ze stalowych prostokątnych tub | TAK |  |  |
| 6 | Czterosegmentowe leże pacjenta wykonane z tworzywa ABS. Panele leża zdejmowane, wyposażone w otwory wentylacyjne. Panele odejmowane bez użycia narzędzi | TAK |  |  |
| 7 | Regulacja wysokości bez materaca na poziomie 460-750mm (±100 mm),: kąt uniesienia oparcia pleców (75°±10°): kąt uniesienia oparcia nóg:45° (±10°). Regulacje dokonywane za pomocą siłowników elektromechanicznych | TAK |  |  |
| 8 | Regulacje elektryczne realizowane za pomocą paneli, wbudowanych w 2 barierki boczne. Możliwość sterowania panelem od wewnętrznej oraz zewnętrznej strony barierki. Każdy panel posiada ilustracje opisujące zmianę położenia po przyciśnięciu danego przycisku | TAK |  |  |
| 9 | Szczyty wykonane z łatwo zmywalnego tworzywa sztucznego lub płyty HPL – zdejmowane, stanowiące całość | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość odjęcia szczytów bez użycia narzędzi. | TAK |  |  |
| 11 | Szczyty głowy i nóg nie poruszające się wraz z leżem | TAK |  |  |
| 12 | Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka | TAK |  |  |
| 13 | W szczyt łóżka od strony nóg wbudowany panel pielęgniarski z ilustracjami obrazującymi każdą pozycję umożliwiający zablokowanie poszczególnych funkcji sterowania z barierek | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość wyboru koloru wypełnień szczytów min. 5 | TAK |  |  |
| 15 | Łatwo opuszczany i podnoszony stalowy, zatrzaskowy zawias lub dźwignia umożliwiający demontaż szczytów, zabezpieczający przed przypadkowym wyjęciem szczytów np. podczas transportu | TAK |  |  |
| 16 | Barierki boczne na całej długości leża m.in. zabezpieczające pacjenta przed przypadkowymi uszkodzeniami ciała wynikającymi z upadku | TAK |  |  |
| 17 | Dwupozycyjne barierki boczne, posiadające bezpieczny mechanizm zamknięcia, uniemożliwiający przypadkowe opuszczenie przez pacjenta | TAK |  |  |
| 18 | Ustawienie barierek bocznych regulowana przy pomocy bezpiecznego przycisku, pewność bezpiecznego zamknięcia mechanizmu sygnalizowana „kliknięciem” | TAK |  |  |
| 19 | Barierki dwuczęściowe, zwalniane za pomocą jednej ręki. Opuszczane poniżej poziomu leża | TAK |  |  |
| 20 | Możliwość wyboru min 3 kolorów korby oraz akcentu kolorystycznego elementów barierek | TAK |  |  |
| 21 | Podgumowane koła o średnicy:125 mm (±10 mm) w łatwozmywalnej osłonie przeciwpyłowej wykonanej z tworzywa sztucznego. | TAK |  |  |
| 22 | Centralny hamulec zlokalizowany pod szczytem łóżka od strony nóg | TAK |  |  |
| 23 | Tuleje do zamocowania stojaka kroplówki w każdym narożniku | TAK |  |  |
| 24 | Funkcja Autokontur pozwalająca w szybki sposób na powrót do pozycji umożliwiającej RKO, realizowana za pomocą jednego przycisku na panelu pielęgniarskim | TAK |  |  |
| 25 | Materac łóżka wodoodporny, paroprzepuszczalny i łatwozmywalny, czterokomorowy, dopasowany do segmentów leża.  Wymiary materaca dostosowane do leża pacjenta, gęstość wypełnienia materaca 30 kg/m3 (±5 kg /m3). Odpowiednia sprężystość pianki poliuretanowej w materacu zapewnia podczas leżenia i zmiany pozycji równomierne rozłożenie ciężaru ciała  Wymagane dokumenty:  - atest higieniczny PZH nr HK/B/0056/01/2016 lub równoważny  - certyfikat OEKO-TEX lub równoważny | TAK |  |  |
| 26 | Zasilanie standardowe: 230 V, 50 Hz | TAK |  |  |
| 27 | Akumulator | TAK |  |  |
| 28 | Bezpieczne obciążenie robocze min 265 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek wanna do mycia pacjentów – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja odporna na uszkodzenia mechaniczne i łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
| 2 | Wanna z PCV wyposażona w poduszkę i odpływ | TAK |  |  |
| 3 | Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie min. 540- 970 mm | TAK |  |  |
| 4 | Koła ogumowane z centralną blokadą | TAK |  |  |
| 5 | Odchylane barierki boczne | TAK |  |  |
| 6 | Materac zdejmowany | TAK |  |  |
| 7 | Stała pozycja ATB 3 stopnie | TAK |  |  |
| 8 | Plastikowe krążki odbojowe w każdym narożu | TAK |  |  |
| 9 | Podstawa z osłoną | TAK |  |  |
| 10 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 11 | Długość (mm) 2050 +/- 20 mm | TAK |  |  |
| 12 | Szerokość (mm) 810 +/- 10 mm | TAK |  |  |
| 13 | Udźwig min: 170 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stół elektryczny zabiegowy – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja stołu wykonana z stali galwanizowanej pokrytej lakierem proszkowym odporna na korozję oraz działanie promieniowania UV | TAK |  |  |
| 2 | Siedzisko wykonane z pianki viscoelastycznej termoplastycznej w zmywalnym pokrowcu odpornym na działanie środków dezynfekujących | TAK |  |  |
| 3 | Wysokość stołu, podparcie pleców i nóg oraz regulacje TB/ATB regulowane elektro-mechanicznie za pomocą ręcznego pilota przewodowego | TAK |  |  |
| 4 | Podstawa jezdna stołu pokryta antybakteryjnym tworzywem ABS odpornym na działanie środków dezynfekujących oraz promieniowanie UV | TAK |  |  |
| 5 | Odejmowane uchwyty narzędziowe mocowane za pomocą śruby do szyn ze stali nierdzewnej umieszczonych po bokach fotela | TAK |  |  |
| 6 | Stół wyposażony w demontowalny zagłówek o takiej samej szerokości jak siedzisko | TAK |  |  |
| 7 | Wielopozycyjne podłokietniki regulowane ręcznie z możliwością demontażu | TAK |  |  |
| 8 | Szerokość podłokietników 20 cm (±2 cm) | TAK |  |  |
| 9 | Stół wyposażony w podporę nóg o wysokości regulowanej ręcznie z możliwością demontażu | TAK |  |  |
| 10 | Dwie szyny akcesoryjne wykonane ze stali nierdzewnej umieszczone po bokach stołu wyposażone w wielopozycyjne uchwyty regulowane za pomocą mechanizmu śrubowego | TAK |  |  |
| 11 | Dwie podpory nóg mocowane do szyny akcesoryjnej | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość wyboru wersji kolorystycznej – co najmniej 10 opcji | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Całkowita długość stołu 190 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 15 | Wysokość regulowana w zakresie: 64 – 84 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 16 | Szerokość siedziska i oparcia pleców 65 cm (±2 cm) | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość stołu z zamontowanymi podłokietnikami 1050 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 18 | Regulacja TB w zakresie 0 – 13° (±1°) | TAK |  |  |
| 19 | Regulacja segmentu nóg w zakresie 0 – 90° (±5°), regulacja segmentu pleców w zakresie 0-70° (±5°) | TAK |  |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie 180 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek toaletowy do pielęgnacji pacjenta z poj. na pościel – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Dwa wyjmowane kosze z workami na pranie | TAK |  |  |
| 2 | Haki na dodatkowe worki | TAK |  |  |
| 3 | Cztery zwrotne koła | TAK |  |  |
| 4 | Konstrukcja wykonana z tworzywa sztucznego | TAK |  |  |
| 5 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 6 | Długość 1900 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 7 | Głębokość 500 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 8 | Wysokość 1050 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 9 | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 10 | Konstrukcja odporna na uszkodzenia mechaniczne i łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
| 11 | Wanna z PCV wyposażona w poduszkę i odpływ | TAK |  |  |
| 12 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 540- 970 mm | TAK |  |  |
| 13 | Koła ogumowane z centralną blokadą blokadą | TAK |  |  |
| 14 | Odchylane barierki boczne | TAK |  |  |
| 15 | Materac zdejmowany | TAK |  |  |
| 16 | Regulowana pozycja ATB: 5 stopnie | TAK |  |  |
| 17 | Plastikowe krążki odbojowe w każdym narożu | TAK |  |  |
| 18 | Podstawa z osłoną | TAK |  |  |
| 19 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 20 | Długość 2050 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 21 | Szerokość 810 mm (+/- 10 mm) | TAK |  |  |
| 22 | Udźwig min: 170kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………….  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/3 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 3**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa 4 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Pompa infuzyjna 2-strzykawkowa posiadająca  dwa niezależnie programowane tory infuzyjne (nie dopuszcza się pomp infuzyjnych 1-strzykawkowych łączonych w zestaw) | TAK |  |  |
| 2 | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |  |
| 3 | Klawiatura alfanumeryczna | TAK |  |  |
| 4 | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji | TAK |  |  |
| 5 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami  o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml | TAK |  |  |
| 6 | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych  (minimum 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek | TAK |  |  |
| 7 | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek  Zakres szybkości infuzji przynajmniej co 0,1 ml/h:  0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | TAK |  |  |
| 8 | Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min. | TAK |  |  |
| 9 | Dokładność szybkości dozowania +/-2% | TAK |  |  |
| 10 | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana  w dowolnym momencie wlewu | TAK |  |  |
| 11 | Regulowana szybkość dozowania dawki  uderzeniowej BOLUS (minimum) co 0,1 ml/h:  do 400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  do 600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  do 1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  do 1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  do 2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml. | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość podglądu zaprogramowanych  parametrów infuzji | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury | TAK |  |  |
| 15 | Programowana objętość infuzji co 0,1 ml (minimum) w zakresie 0,1 do 999,9 ml | TAK |  |  |
| 16 | Programowanie:  -prędkości,  -prędkości i objętości,  -prędkości i czasu,  -objętości i czasu | TAK |  |  |
| 17 | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej  7 poziomów w zakresie 300-900 mmHg | TAK |  |  |
| 18 | Możliwość programowania nazwy oddziału | TAK |  |  |
| 19 | Wyświetlanie nazw (minimum) 30 leków  (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | TAK |  |  |
| 20 | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili.. | TAK |  |  |
| 21 | Funkcja KVO programowalna w zakresie  (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h | TAK |  |  |
| 22 | Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h | TAK |  |  |
| 23 | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej  od 1 min do 99 godzin. | TAK |  |  |
| 24 | Rejestr zdarzeń (minimum) 2000 | TAK |  |  |
| 25 | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. Podać listę alarmów. | TAK |  |  |
| 26 | Regulacja głośności alarmu | TAK |  |  |
| 27 | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy  m.in. do stojaka, łóżka, stacji dokującej MD | TAK |  |  |
| 28 | Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz  (zasilacz wewnętrzny) | TAK |  |  |
| 29 | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum)  -20h przy przepływie 5 ml/h  -4h przy przepływie 100 ml/h | TAK |  |  |
| 30 | Automatyczne ładowanie akumulatorów  w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego | TAK |  |  |
| 31 | Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność  na defibrylację | TAK |  |  |
| 32 | Port komunikacyjny np. RS-232.. | TAK |  |  |
| 33 | Masa urządzenia (z akumulatorem) max 4,2 kg | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wyposażenie: statyw do każdej pompy:  - podstawa o konstrukcji stabilnej, funkcjonalnej  i estetycznej  - podstawa jezdna minimum pięcioramienna  z możliwością blokowania min 2 kół  - statyw (rura) wykonany ze stali kwasoodpornej, polerowanej  - kolumna nie niższa niż 190 cm, wyposażona w 4-ramienny uchwyt do zawieszania pojemników  z płynami infuzyjnymi  - kolumna z listwą przyłączeniową zawierająca minimum pięć gniazd sieciowych i centralny wyłącznik  - konstrukcja umożliwiająca regulację wysokości statywu  - dopuszczane obciążenie stojaka minimum 17kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na pompy infuzyjne dwustrzykawkowe | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Aparat do spirometrii 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ………………………………………….…

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Kolorowy ekran dotykowy LCD rozdzielczość min. 640 × 480 RGB (kolor) | TAK |  |  |
| 2 | Zintegrowana drukarka termiczna na standardowy papier o szerokości 112mm | TAK |  |  |
| 3 | Prezentacja krzywa przepływu - objętość i objętość-czas w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość wyświetlania trzech krzywych na wykresie przepływ-objętość | TAK |  |  |
| 5 | Sensory wielorazowego użytku, które można łatwo dezynfekować | TAK |  |  |
| 6 | Zgodność ze standardami ATS / ERS 2005, EN 13826 i normami bezpieczeństwa EN 60601-1 | TAK |  |  |
| 7 | Zakres przepływu (litry/s) 16 l/s (wdech / wydech) | TAK |  |  |
| 8 | dokładność (50 ml/s do 16 l/s) ± 5% lub 50 ml/s (ważna większa wartość) | TAK |  |  |
| 9 | Zakres objętości (litry) 0,025 do 8 litrów | TAK |  |  |
| 10 | Dokładność (0,025 do 8 l) ± 3% lub 50 ml (ważna większa wartość) | TAK |  |  |
| 11 | Opór przepływu < 79 Pa / l/s | TAK |  |  |
| 12 | Automatyczny wybór najlepszego testu z możliwością zmian ręcznych | TAK |  |  |
| 13 | Automatyczna interpretacja (Enright, BTS, ATS) | TAK |  |  |
| 14 | Testy bronchoprowokacyjne PRE/POST | TAK |  |  |
| 15 | Automatyczna korekcja BTPS - automatyczne pomiary wilgotności względnej, temperatury otoczenia i ciśnienia barometrycznego | TAK |  |  |
| 16 | Spirometria natężona: FVC, Best FVC, FEV0.75, FEV1, Best FEV1, FEV3, FEV6, PEF, FEV0.75/FVC, FEV1/FVC, FEV3/FVC, FEV6/FVC, FEV0.75/SVC, FEV1/SVC, FEV3/SVC, FEV6/SVC, PIF, FIVC, FIV1, MEF75, MEF50, MEF25, FEF75, FEF50, FEF25, MMEF, FET25, FET50, MIF75, MIF50, MIF25, PEFT, FIF50, FEF50/FIF50, FEF50/SVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/ FEV6, FIV1/FIVC, VEXT, Wiek płuc | TAK |  |  |
| 17 | Spirometria swobodna: SVC, ERV, IRV, TV, IC, IVC | TAK |  |  |
| 18 | Maksymalna wentylacja dowolna MVV: MVV, MVVf, MRf | TAK |  |  |
| 19 | Wartości wzorcowe: ECCS/ERS 1993, ECCS 1983, NHANES III, Knudson 1983, Knudson 1976, Roca 1986, CRAPO 1981, ITS, Perreira – Brazylia, LAM, Gore – Australia, Zapletal 1977 | TAK |  |  |
| 20 | Konfigurowalny protokół wyników | TAK |  |  |
| 21 | Możliwość stworzenia indywidualnych profili użytkownika | TAK |  |  |
| 22 | 250 rekordów w pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 23 | Wejście USB i RS-232 | TAK |  |  |
| 24 | Wbudowany akumulator | TAK |  |  |
| 25 | Waga aparatu do 3,5 kg. | TAK |  |  |
| 26 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie komputerowej spirometrii pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zestaw 4 sensorów z plastikowymi ustnikami | TAK |  |  |
| 2 | Stolik jezdny z kuwetą na akcesoria | TAK |  |  |
| 3 | Pompa kalibracyjna 3 litry | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat do spirometrii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Holter EKG 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE 1 zestaw 3 rejestratorów 3-kanałowy holtera EKG** | TAK |  |  |
| 1 | Zapis danych w trybie 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | TAK |  |  |
| 2 | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | TAK |  |  |
| 4 | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |  |
| 5 | Częstotliwość próbkowania 2000Hz przy rozdzielczości zapisu 24 bity. | TAK |  |  |
| 6 | Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu 40000Hz | TAK |  |  |
| 7 | Możliwość ciągłego zapisu do 2 dni | TAK |  |  |
| 8 | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | TAK |  |  |
| 9 | Detekcja pracy stymulatora | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | TAK |  |  |
| 11 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD i bezprzewodowa | TAK |  |  |
| 12 | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | TAK |  |  |
| 13 | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |  |
| 14 | Waga rejestratora z bateriami max 140g | TAK |  |  |
| 15 | Rozmiary rejestratora: 102 x 62 x 24 mm (+/-5 mm) | TAK |  |  |
| 16 | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1 | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię | TAK |  |  |
| 2 | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń | TAK |  |  |
| 3 | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:  - Analiza HRV  - Analiza obniżenia odcinka ST | TAK |  |  |
| 4 | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | TAK |  |  |
| 5 | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta. | TAK |  |  |
| 6 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD i bezprzewodowa | TAK |  |  |
| 7 | Menu programu i raporty w języku polskim | TAK |  |  |
| 8 | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | TAK |  |  |
| 9 | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | TAK |  |  |
| 11 | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie | TAK |  |  |
| 14 | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności | TAK |  |  |
| 15 | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | TAK |  |  |
| 16 | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | TAK |  |  |
| 17 | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami. | TAK |  |  |
| 18 | Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii | TAK |  |  |
| 19 | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | TAK |  |  |
| 20 | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |  |
| 21 | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych ST | TAK |  |  |
| 22 | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG. | TAK |  |  |
| 23 | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |  |
| 24 | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia | TAK |  |  |
| 25 | Współpraca z rejestratorami 12-kanałowymi, 7-kanałowymi i 3 kanałowymi | TAK |  |  |
| **III** | **STACJA ROBOCZA wym. minimalne** | TAK |  |  |
| 1 | Microsoft Windows 7 (Seven) 64 bit | TAK |  |  |
| 2 | Pamięć RAM 8GB | TAK |  |  |
| 3 | Procesor Intel i3 | TAK |  |  |
| 4 | HDD 500GB | TAK |  |  |
| 5 | 4x Port USB 2.0 | TAK |  |  |
| 6 | Monitor 24" 1920x1080 | TAK |  |  |
| 7 | Drukarka laserowa | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na holter EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211 | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Holter ciśnieniowy 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE 1x rejestrator holtera ciśnienia** | TAK |  |  |
| 1 | Metoda pomiaru oscylometryczna | TAK |  |  |
| 2 | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość ustawienia czasu ciągłego zapisu: 24, 27, 48 oraz 51 godz. | TAK |  |  |
| 4 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny USB (światłowód o szybkości transmisji 115200bit/s) | TAK |  |  |
| 5 | Pomiar na żądanie | TAK |  |  |
| 6 | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | TAK |  |  |
| 7 | Przycisk informacji o pobraniu leku | TAK |  |  |
| 8 | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość stosowania 3 rodzaje mankietów (mały, standard, duży) | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | TAK |  |  |
| 12 | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |  |
| 13 | Waga bez akumulatorów do 190g | TAK |  |  |
| 14 | Rozmiary rejestratora: 98 x 69 x 29 mm (+/-5mm) | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1 | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię. | TAK |  |  |
| 2 | Możliwość podziału okresu badań na 4 podokresy i ich programowanie | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów (z dokładnością do 1 min). | TAK |  |  |
| 4 | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | TAK |  |  |
| 5 | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | TAK |  |  |
| 6 | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | TAK |  |  |
| 7 | Menu i raporty w języku polskim | TAK |  |  |
| 8 | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu (tak, jak w edytorze tekstu) | TAK |  |  |
| 11 | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka akumulatorów, walizka | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na holter ciśnieniowy | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Aparat EKG 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat 12-kanałowy | TAK |  |  |
| 2 | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą) | TAK |  |  |
| 3 | Wymiar ekranu 5,7”, ekran dotykowy o rozdzielczości min. 640x480 | TAK |  |  |
| 4 | Menu w języku polskim | TAK |  |  |
| 5 | Wymiary 330x270x74 (+/- 30mm) | TAK |  |  |
| 6 | Waga max 3,2 kg | TAK |  |  |
| 7 | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |  |
| 8 | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą | TAK |  |  |
| 9 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |  |
| 10 | Sygnalizacja naładowania akumulatora | TAK |  |  |
| 11 | Wydajność akumulatora do 180min. | TAK |  |  |
| 12 | Częstotliwość próbkowania do 40 000Hz | TAK |  |  |
| 13 | Pasmo Przenoszenia 0,04-170Hz | TAK |  |  |
| 14 | Częstotliwość próbkowania 2000 Hz | TAK |  |  |
| 15 | Szerokość papieru 112 mm, możliwość stosowania rolki 110xmmx40m | TAK |  |  |
| 16 | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie automatycznym: 3x4, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 6x2, 6x2+1, 6x2+2, 12 | TAK |  |  |
| 17 | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie manualnym po 3, 4, 6, 12 | TAK |  |  |
| 18 | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50 | TAK |  |  |
| 19 | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 | TAK |  |  |
| 20 | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchron | TAK |  |  |
| 21 | Zapis wsteczny z możliwością wyboru przez użytkownika czasu opóźnienia -1, -2, -3, -4, -5, -7, -10 sekund | TAK |  |  |
| 22 | Detekcja kardiostymulatorów | TAK |  |  |
| 23 | Filtr zakłóceń sieciowych (50, 60 Hz), filtr zakłóceń mięśniowych (25, 35 Hz), filtr izolinii Hz (0,05 (3,2s), 0,11 (1,5s), 0,25 90,6s), 0,50 (0,3s), 1,50 (0,1s), spline) | TAK |  |  |
| 24 | Filtr automatyczny dostosowujący wartości innych filtrów (autoadaptacyjny) | TAK |  |  |
| 25 | Sygnał dźwiękowy tętna | TAK |  |  |
| 26 | Baza danych 400 zapisów EKG w pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 27 | Profil automatyczny i manualny | TAK |  |  |
| 28 | Profil long, automatyczny zapis do pamięci aparatu do 10 minut z 1 lub 2 odprowadzeń bez jednoczesnego wydruku, wynik wraz z wykresem częstości i z histogramem (np. do wykrywania arytmii) | TAK |  |  |
| 29 | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu z możliwością zmiany ilości odprowadzeni | TAK |  |  |
| 30 | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 31 | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta, danych lekarza, nazwy oddziału | TAK |  |  |
| 32 | Oprogramowanie do komputerowego EKG pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG z możliwością analizy tzw. długiego QT oraz porównywania badań tego samego pacjenta | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość wykonania zapisu przy podłączeniu tylko elektrod kończynowych (np. przy urazach czy opatrunku klatki piersiowej | TAK |  |  |
| 34 | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej lub atramentowej | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Komplet elektrod | TAK |  |  |
| 2 | Kabel pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Przewód podłączeniowy | TAK |  |  |
| 4 | Żel min. 300ml, papier - rolka 112 mm, | TAK |  |  |
| 5 | Wózek producenta aparatu EKG z wysięgnikiem i kuwetą na akcesoria | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Respirator 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Przenośny aparat do transportu wewnątrzszpitalnego pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia | TAK |  |  |
| 2 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia, dostosowany do wentylacji inwazyjnej jak i nieinwazyjnej. | TAK |  |  |
| 3 | Waga respiratora: maksymalnie 7 kg wraz z akumulatorem | TAK |  |  |
| 4 | Własne zintegrowane źródło powietrza (turbina, tłok, mikro-pompa) zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | TAK |  |  |
| 5 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu lub możliwość podłączenia butli tlenowej z reduktorem | TAK |  |  |
| 6 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz (+/-5%) | TAK |  |  |
| 7 | Zasilanie ze zintegrowanego akumulatora w czasie transportu na minimum 10 godzin pracy.(respirator wraz z wbudowanym źródłem powietrza) | TAK |  |  |
| 8 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana SIMV Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa | TAK |  |  |
| 9 | Wentylacja SPONTANICZNA | TAK |  |  |
| 10 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | TAK |  |  |
| 11 | PEEP/CPAP | TAK |  |  |
| 12 | Wentylacja przy bezdechu | TAK |  |  |
| 13 | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK |  |  |
| 14 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK |  |  |
| 15 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | TAK |  |  |
| 16 | CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | TAK |  |  |
| 17 | Częstość oddechów w trybach kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 1 do 90 na minutę | TAK |  |  |
| 18 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2000 ml | TAK |  |  |
| 19 | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych | TAK |  |  |
| 20 | Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 6-100 l/min | TAK |  |  |
| 21 | Stosunek wdech/ wydech zakres min. 1:9 do 3:1 | TAK |  |  |
| 22 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 60 cmH2O | TAK |  |  |
| 23 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 45 cmH2O | TAK |  |  |
| 24 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | TAK |  |  |
| 25 | Płynna regulacja FiO2 w zakresie 21-100%, zintegrowany mieszalnik gazów dostosowany do zasilana tlenem z sieci centralnej lub butli z reduktorem ( złącze standard AGA) | TAK |  |  |
| 26 | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. | TAK |  |  |
| 27 | Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta | TAK |  |  |
| 28 | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta | TAK |  |  |
| 29 | Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta. | TAK |  |  |
| 30 | Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,3 do 10 l/min | TAK |  |  |
| 31 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 9,0 cmH2O. | TAK |  |  |
| 32 | Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | TAK |  |  |
| 34 | Regulacja narastania ciśnienia przy oddechu PCV | TAK |  |  |
| 35 | Podstawowy kolorowy monitor do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | TAK |  |  |
| 36 | Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez dotyk. | TAK |  |  |
| 37 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu | TAK |  |  |
| 38 | Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia 3 krzywych jednocześnie na ekranie | TAK |  |  |
| 39 | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK |  |  |
| 40 | Pomiar ciśnienia końcowo wydechowego | TAK |  |  |
| 41 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK |  |  |
| 42 | Pomiar wydechowej objętości pojedynczego oddechu | TAK |  |  |
| 43 | Pomiar stosunku I:E | TAK |  |  |
| 44 | Pomiar stężenia tlenu | TAK |  |  |
| 45 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | TAK |  |  |
| 46 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | TAK |  |  |
| 47 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | TAK |  |  |
| 48 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK |  |  |
| 49 | Alarm wysokiej i niskiej wentylacji minutowej | TAK |  |  |
| 50 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego | TAK |  |  |
| 51 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego/rozłączenia | TAK |  |  |
| 52 | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK |  |  |
| 53 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK |  |  |
| 54 | Możliwość przeglądania zapamiętanych zdarzeń (min 100 zdarzeń) | TAK |  |  |
| 55 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK |  |  |
| 56 | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Podstawa jezdna do oferowanego respiratora | TAK |  |  |
| 2 | 5 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z zaworem wydechowym dostosowanych do respiratora | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenie do krioterapii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Defibrylator zewnętrzny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Defibrylator AED półautomatyczny | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone we wbudowany tryb pediatryczny – przycisk/przełącznik (bez konieczności zakupu dodatkowych akcesoriów i elektrod tzw. pediatrycznych) | TAK |  |  |
| 3 | Defibrylator wykonujący bezpieczną defibrylację przez osoby niemające uprawnień do prowadzenia medycznych działań ratunkowych, | TAK |  |  |
| 4 | Zakres energii przynajmniej: 50 – 360 J | TAK |  |  |
| 5 | Protokół wyładowań ze wzrastającą energią impulsu, | TAK |  |  |
| 6 | użytkownik w czasie korzystania z urządzenia jest prowadzony przez jednoznaczne polecenia głosowe lub/i wizualne w języku polskim, | TAK |  |  |
| 7 | Urządzenie wyposażone w metronom RKO | TAK |  |  |
| 8 | Defibrylator wyposażony we wskaźniki dźwiękowe lub/i wizualne informujące m. in. o:  - nieprawidłowym podłączeniu elektrod lub ich braku,  - wymaganej defibrylacji lub braku wskazań do jej przeprowadzenia,  - prowadzonej analizie rytmu pracy serca i ewentualnych zakłóceniach (np. o wykrytym ruchu pacjenta), | TAK |  |  |
| 9 | Defibrylator wyposażony we wskaźnik wizualny (wyświetlacz) informujący o sprawności lub jej braku urządzenia oraz stanie baterii | TAK |  |  |
| 10 | Wymagania dotyczące pracy, rejestrowania i przenoszenia danych:  - algorytm postępowania zgodny z aktualnymi, obowiązującymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC),  - Możliwość wykonywania uciśnięć klatki piersiowej podczas ładowania defibrylatora,  - możliwość aktualizacji oprogramowania bez konieczności wymiany całego urządzenia w przypadku zmiany wytycznych ERC,  - możliwość rejestrowania takich danych jak: dokładny czas włączenia urządzenia, zalecenie wykonania defibrylacji, informacje o wykonanej defibrylacji, zapisanie minimum 30 min. danych (karta pamięci),  - urządzenie posiada możliwość przeprowadzania testów obwodów elektrycznych inicjowanych przez użytkownika; | TAK |  |  |
| 11 | Możliwość przechowywania defibrylatora z podłączonymi elektrodami | TAK |  |  |
| 12 | Defibrylator wyposażony w jedną, oryginalną baterię producenta; nieładowalną o okresie żywotności po podłączeniu do urządzenia min. 3 lat, zapewniają min. 200 wyładowań z max. energią 360J; | TAK |  |  |
| 13 | Urządzenie wykonuje cykliczne auto testy w trybie dziennym z możliwością zaprogramowania godziny wykonania testu; | TAK |  |  |
| 14 | Karta pamięci urządzenia pozwala na zapis przynajmniej:  24 godzin: danych EKG i dźwięków otoczenia,  - możliwość zgrania zarejestrowanych danych do komputera PC,  - oprogramowanie na PC do rejestracji i przeglądu danych | TAK |  |  |
| 15 | Wymagania dotyczące warunków bezpieczeństwa użytkowania oraz środowiskowych pracy urządzenia:  - wymagania bezpieczeństwa - certyfikat zgodności PN-EN 60601,  - stopień ochrony - certyfikat zgodności PN-EN 60529 nie mniej niż klasa IP55; | TAK |  |  |
| 16 | Waga urządzenia AED ≤ 2,5 kg | TAK |  |  |
| 17 | Urządzenie nie może podlegać wymogowi przeglądu po każdorazowym użyciu i odsyłania go do serwisu zgodnie z Instrukcją producenta | TAK |  |  |
| 19 | Urządzenie wielokrotnego użycia, | TAK |  |  |
| 20 | Komunikaty dźwiękowe w języku polskim | TAK |  |  |
| 21 | Temperatura pracy urządzenia 0-55 st. C. | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Dodatkowo 3 komplety elektrod jednorazowych | TAK |  |  |
| 2 | Szafka do powieszenia na ścianie | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na defibrylator zewnętrzny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/4 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 4**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Defibrylator 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |  |
| 1 | Tryb manualny, AED, monitorowanie | TAK |  |  |
| 2 | Wieloparametrowe monitorowanie pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Pomiar ciśnienia NIBP | TAK |  |  |
| 4 | Stymulacja serca NIP | TAK |  |  |
| 5 | Saturacja SpO2 zakres 1% do 100% | TAK |  |  |
| 6 | Kapnograf EtCO2 | TAK |  |  |
| 7 | Monitorowanie do 12 kanałów EKG jednocześnie | TAK |  |  |
| 8 | Pomiar temperatury w zakresie od 0 do 50°C | TAK |  |  |
| 9 | Tryb interpretacji | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość wyboru poziomu energii i ładowania za pomocą przycisków umieszczonych na łyżkach defibrylatora | TAK |  |  |
| 11 | Łyżki dla dorosłych ze zintegrowanymi łyżkami dla dzieci | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość stosowania elektrod samoprzylepnych aktywna powierzchnia 164 cm2 (+/- 5 cm2), długość kabla 2,0 – 2,2 m | TAK |  |  |
| 13 | Funkcje łyżek: wybór energii i ładowanie, drukowanie danych | TAK |  |  |
| 14 | Zasilanie Sieciowe Zakres: 100 V –240 V, 50 Hz / 60 Hz | TAK |  |  |
| 15 | Akumulator wielokrotnego ładowania Litowo-jonowy, 10.8 V/ 7200 mAh | TAK |  |  |
| 16 | Czas ładowania do 5 godzin | TAK |  |  |
| 17 | Czas czuwania do 10 godzin | TAK |  |  |
| 18 | Liczba wyładowań: co najmniej 200 wstrząsów przy 200J na jednym akumulatorze | TAK |  |  |
| 19 | Wymiary bez akcesoriów:  Wysokość x szerokość x głębokość 350 mm x 430 mm x 220 mm (+/- 20mm) | TAK |  |  |
| 20 | Temperatura działania 0-50 °C | TAK |  |  |
| **II** | **TRYBY DZIAŁANIA** | TAK |  |  |
| 1 | AED: automatyczna analiza EKG z instrukcjami głosowymi i wizualnymi, tryb manualny: asynchroniczny i synchroniczny, defibrylacja, monitorowanie EKG | TAK |  |  |
| 2 | Defibrylacja dwufazowa | TAK |  |  |
| 3 | Energia w trybie AUTO w zależności od impedancji pacjenta | TAK |  |  |
| 4 | Poziomy energii w trybie MANUAL 1J, 2J, 3J, 4J, 5J, 6J, 7J, 8J, 9J, 10J, 15J, 20J, 30J, 40J, 50J, 75J, 100J, 150J, 175J, 200J, 300J, 360J | TAK |  |  |
| 5 | Czas ładowania < 6s dla 200 J, 9s dla 360 J | TAK |  |  |
| 6 | Detekcja impulsów stymulatora serca w zakresie ±2 mV do ±700 mV | TAK |  |  |
| 7 | Kardiowersja manualna za pomocą łyżek lub elektrod samoprzylepnych. Aktywacja trybu asynchronicznego jednym przyciskiem na przednim panelu urządzenia | TAK |  |  |
| **III** | **MONITOR** | TAK |  |  |
| 1 | TFT-LCD kolorowy | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary min. 170 x 128 mm (przekątna 8.4“/ 212 mm) | TAK |  |  |
| 3 | Rozdzielczość min. 800 x 600 pikseli | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość wyświetlania 12 kanałów EKG jednocześnie | TAK |  |  |
| **IV** | **EKG** | TAK |  |  |
| 1 | 12 odprowadzeń | TAK |  |  |
| 2 | Częstotliwość akcji serca 0.20 do 300 bpm | TAK |  |  |
| 3 | Czas analizy 5-9 s | TAK |  |  |
| **V** | **Stymulator sera (NIP)** | TAK |  |  |
| 1 | Stymulacja w trybie synchronicznym i asynchronicznym | TAK |  |  |
| 2 | Częstotliwość stymulacji 30 ppm do 180 ppm | TAK |  |  |
| 3 | Wartość wyjściowa od 0 Ma do 140 Ma | TAK |  |  |
| **VI** | **NIBP** | TAK |  |  |
| 1 | Oscylometryczny pomiar ciśnienia | TAK |  |  |
| 2 | Zakres wyświetlania pomiaru ciśnienia:  dorośli/dzieci: 0 do 300 mmHg  noworodki: 0 do 150 mmHg | TAK |  |  |
| **VII** | **Respiracja** | TAK |  |  |
| 1 | Pomiar oddechu w zakresie od 0 do 120 oddechów na minutę | TAK |  |  |
| 2 | Wielkość krzywej do wyboru: x 0.5, x 1, x 1.5, x 2 | TAK |  |  |
| **VIII** | **Kapnografia EtCO2** | TAK |  |  |
| 1 | Zakres pomiaru: 0 mmHg – 150 mmHg | TAK |  |  |
| 2 | Prędkość skanowania 25,0 mm/s | TAK |  |  |
| **IX** | **Zarządzanie danymi, komunikacja** | TAK |  |  |
| 1 | Możliwość zapisu danych w pamięci wewnętrznej lub na karcie SD | TAK |  |  |
| 2 | Pamięć minimum 100 zapisów EKG (12 odprowadzeń) i 250 zdarzeń (ilość defibrylacji, poziom energii, data, godzina) | TAK |  |  |
| **X** | Zintegrowana drukarka | TAK |  |  |
| 1 | Druk termiczny | TAK |  |  |
| 2 | Liczba kanałów: min. 3 kanały | TAK |  |  |
| 3 | Rozmiar papieru 80 mm | TAK |  |  |
| 4 | Szybkość druku 25 lub 50 mm/s | TAK |  |  |
| **XI** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zoptymalizowane kieszenie do przechowywania akcesoriów po obu stronach urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Wózek pod defibrylator -reanimacyjny: 4x szuflada, 2x szyna instrumentalna, 1x nadstawka z 11 poj., 1x pojemnik na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywa wahadłową, 1x pojemnik na zużyte igły z uchwytem na szynę, 4x wyciągane podziałki do szuflad wykonane z tworzywa ABS, dzielące szufladę na 9 części z możliwością dowolnej konfiguracji, 1x zamek centralny, 2x uchwyt do butli z tlenem, uchwyt do przetaczania Szafka stalowa lakierowana proszkowo na kolor wg palety RAL, blat i podstawa z tworzywa ABS WYPOSAŻENIE- blat z pogłębieniem- 4 szuflady (wysokość frontu 3x156mm(+/-5mm) + 1x234mm(+/- 5 mm) - podstawa z odbojami, na kołach o średnicy 125 mm, w tym 2 z blokadą, - uchwyt do przetaczania wymiary szafki: 700x500x1000 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| **XII** | **Certyfikaty, normy** |  |  |  |
|  | Bezpieczeństwo defibrylatorów serca – IEC 60601-2-4:2002, EN60601-2-4:2003;  - stopień ochrony - nie mniej niż klasa IP55; | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na defibrylator z wyposażeniem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) -g) + certyfikaty i normy z Lp. XII (opis parametru -wymagane parametry) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/5 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 5**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Laser ze skanerem 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE laser skanujący 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | 3 niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |  |
| 2 | Min. 7 kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |  |
| 3 | Tryb pracy: programowy/ manualny | TAK |  |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |  |
| **5** | Statystyki prowadzonych zabiegów | TAK |  |  |
| 6 | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |  |
| 7 | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub po dziedzinie | TAK |  |  |
| 8 | Podręczna lista programów | TAK |  |  |
| 9 | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | TAK |  |  |
| 10 | Autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu | TAK |  |  |
| 11 | Zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |  |
|  | **LASEROTERAPIA** | TAK |  |  |
| 12 | Emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym | TAK |  |  |
| 13 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | TAK |  |  |
| 14 | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | TAK |  |  |
| 15 | Końcówki światłowodowe do laseropunktury i zastosowań specjalnych | TAK |  |  |
| 16 | Regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym dla sond punktowych i aplikatora prysznicowego | TAK |  |  |
| 17 | Regulacja częstotliwości w aplikatorach skanujących | TAK |  |  |
| 18 | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | TAK |  |  |
| 19 | Automatycznie przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienie, pola zabiegowego | TAK |  |  |
| 20 | PROGRAMY ZABIEGOWE | TAK |  |  |
| 21 | Min. 130 wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |  |
| 22 | 200 programów użytkownika | TAK |  |  |
| 23 | 30 programów akupunkturowych Volla | TAK |  |  |
| 24 | 8 programów akupunkturowych Nogiera | TAK |  |  |
| 25 | **PARAMETRY TECHNICZNE** | TAK |  |  |
| 26 | Klasa urządzenia laserowego 3B | TAK |  |  |
| 27 | Wypełnienie przebiegu dla pracy impulsowej skanera: 75 % | TAK |  |  |
| 28 | Akumulator Li‐lon | TAK |  |  |
| 29 | Pojemność akumulatora 2250 mAh | TAK |  |  |
| 30 | Zasilanie, pobór mocy 230 V, 50/60 Hz, max 75W, 90VA | TAK |  |  |
| 31 | Wymiary 34 cm x 28 cm x 11‐16 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |  |
| 32 | Masa 5-6 kg | TAK |  |  |
| 33 | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 34 | Przewód sieciowy | TAK |  |  |
| 35 | Okulary ochronne (2 szt.) | TAK |  |  |
| 36 | Łącznik zdalnej blokady DOOR | TAK |  |  |
| 37 | Etykiety ostrzegawcze (1 kpl.) | TAK |  |  |
| 38 | Aplikator skanujący R+IR 100 mW + 450 mW ze statywem | TAK |  |  |
| 39 | Sonda punktowa IR 808 nm/400 mW z uchwytem | TAK |  |  |
| 40 | Rysik pojemnościowy do ekranu LCD (1 szt.) | TAK |  |  |
| **II** | **WYMAGANIA OGÓLNE fala uderzeniowa 1 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Wymiary aparatu szerokość x wysokość x głębokość (320 x 200 x 300 mm) (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 2 | Tryb pracy ciągły | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary aplikatora 40 x 280 x 140 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 4 | Waga aparatu do 7,0 kg | TAK |  |  |
| 5 | Waga aplikatora wraz z kablem do 1,0 kg | TAK |  |  |
| 6 | Kolorowy ekran dotykowy o rozdz. min 640 x 480 pikseli | TAK |  |  |
| 7 | Przekątna ekranu min. 14,5 cm | TAK |  |  |
| 8 | Klasa ochrony IP 20 | TAK |  |  |
| 9 | Klasa według MDD 93/42/EEC IIb | TAK |  |  |
| 10 | Zasilanie maksymalna moc wejścia 120 W | TAK |  |  |
| 11 | Napięcie zasilania 24 V DC | TAK |  |  |
| 12 | Natężenie uderzeń 1,5-5 Bar | TAK |  |  |
| 13 | Częstotliwość uderzeń 1-20 Hz | TAK |  |  |
| 14 | Okres terapii 0-9999 uderzeń | TAK |  |  |
| 15 | Minimalna zmienność regulowanych wartości natężenie 0,1 Bar | TAK |  |  |
| 16 | Minimalna zmienność regulowanych wartości częstotliwość 1 Hz | TAK |  |  |
| 17 | Całkowita liczba impulsów w terapii dynamicznie od 1 do 50 uderzeń | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na laser ze skanerem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………….  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) -g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/6 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 6**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Magnetronik 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów | TAK |  |  |
| 2 | Kształt impulsów magnetycznych: prostokątne, prostokątne wysunięte, eksponencjalne, trójkątne, sinusoidalne | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość modulacji impulsów: brak, impuls, skoksinusoidalny/trapezoidalny/symetryczny | TAK |  |  |
| 4 | Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat | TAK |  |  |
| 5 | Maks. natężenie pola magnetycznego maks. 128 mT / 1280 Gauss\* (maks. Wartość na powierzchni aplikatora) | TAK |  |  |
| 6 | Częstotliwość impulsowa 0 - 166 Hz (+/-5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |  |
| 8 | Wbudowana encyklopedia terapii w języku polskim wraz z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych | TAK |  |  |
| 10 | Kolorowy ekran dotykowy 4,3” | TAK |  |  |
| 11 | Waga do 3 kg | TAK |  |  |
| 12 | Menu w języku polskim | TAK |  |  |
| 13 | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Stół do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem Ø70cm | TAK |  |  |
| 2 | Mały solenoid Ø30cm | TAK |  |  |
| 3 | Aplikator płaski liniowy | TAK |  |  |
| 4 | Multidysk (dysk poczwórny) | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na magnetronik | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stół do masażu całkowitego elektryczny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Blat czteroczęściowy | TAK |  |  |
| 2 | Otwór z zatyczką w podgłówku | TAK |  |  |
| 3 | Podgłówek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 4 | Podnóżek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 5 | Część piersiowa regulowana sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 6 | Część lędźwiowa regulowana sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 7 | Podłokietniki (kpl.) | TAK |  |  |
| 8 | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | TAK |  |  |
| 9 | Tapicerka skóropodobna standard wybór min. 6 kolorów | TAK |  |  |
| 10 | Biały kolor stelaża | TAK |  |  |
| 11 | 4 regulowane stopki | TAK |  |  |
| 12 | Pilot ręczny do regulacji wysokości | TAK |  |  |
| 13 | Rama sterująca usytuowana w podstawie stołu do regulacji wysokości | TAK |  |  |
| 14 | Banany rehabilitacyjne (3 szt.) | TAK |  |  |
| 15 | Wieszak na podkład celulozowy 60 cm | TAK |  |  |
| 16 | System jezdny z centralną blokadą kół | TAK |  |  |
| 17 | Długość: 200 cm(+/-5 cm) | TAK |  |  |
| 18 | Szerokość maksymalnie do 70 cm (+/- 2cm) (szerokość odnosi się do najszerszego odcinka stołu). | TAK |  |  |
| 19 | Wysokość regulowana: od 55 do 80 cm | TAK |  |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg | TAK |  |  |
| 21 | Waga: 83 - 87 kg | TAK |  |  |
| 22 | Regulacja kąta blatów (odcinków piersiowego i lędźwiowego): od -65 ° do +20 ° | TAK |  |  |
| 23 | Regulacja kąta nachylenia zagłówka względem odcinka piersiowego: od -50 ° do +25 ° | TAK |  |  |
| 24 | Regulacja kąta nachylenia podnóżka względem odcinka lędźwiowego: od -50 ° do +75 ° | TAK |  |  |
| 25 | Regulacja kąta podnóżka (na boki): od -20 ° do +20 ° | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu całkowitego elektryczny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Fotel do masażu 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Fotel wyposażony w min. 19 programów automatycznych, 11 technik masażu | TAK |  |  |
| 2 | Pozycja ”Zero Gravity” | TAK |  |  |
| 3 | Masaż przedramion | TAK |  |  |
| 4 | Regulowany podnóżek, regulowane masażery obręczy barkowej | TAK |  |  |
| 5 | Sterowanie za pomocą dołączonego panelu dotykowego Oprogramowanie intuicyjne w języku polskim | TAK |  |  |
| 6 | Fotel wyposażony w kółka ułatwiające przestawianie | TAK |  |  |
| 7 | Kolor beżowy lub czarny (do wyboru przez Zamawiającego) | TAK |  |  |
| 8 | Fotel wyposażony w:  28 poduszek powietrznych,  6 sztuk poduszek powietrznych  4 strefy grzania,  1 silnik wibracyjny,  2 wałki stóp,  1 głowica masująca z funkcją masażu 3D oraz skanerem sylwetki użytkownika | TAK |  |  |
| 9 | Fotel wyposażony w możliwość ustawień własnych aspektów masażu - technika, szybkość, głębokość, szerokość. | TAK |  |  |
| 10 | Dostępne Techniki masażu min.:  Ugniatanie 1  Ugniatanie 2  Wałkowanie  Masaż szwedzki typu 1  Masaż szwedzki typu 2  Masaż ostukujący 1  Masaż ostukujący 2  Masaż Shiatsu 1  Masaż Shiatsu 2  Masaż oklepujący 1  Masaż oklepujący 2 | TAK |  |  |
| 11 | Elektryczna regulacja kąta nachylenia oparcia | TAK |  |  |
| 12 | Elektryczna regulacja kąta nachylenia podnóżka | TAK |  |  |
| 13 | Regulacja długości podnóżka - w zależności od wzrostu osoby korzystającej z fotela | TAK |  |  |
| 14 | Regulacja wysokości i szerokości masażera barków | TAK |  |  |
| 15 | Regulacja czasu trwania sesji masażu - 5/10/15/20/25 i 30 minut | TAK |  |  |
| 16 | Przycisk szybkiego uruchomienia masażu | TAK |  |  |
| 17 | Wbudowany głośnik - z funkcją Bluetooth | TAK |  |  |
| 18 | Panel wyposażono w wygaszacz ekranu oraz regulowaną jasność wyświetlacza | TAK |  |  |
| **II** | **Parametry techniczne** | TAK |  |  |
| 1 | Pokrycie: Specjalistyczne poszycie syntetyczne, tworzywo, tkanina | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary w pozycji siedzącej: szer.75cm x wys.119cm x gł.114cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary w pozycji rozłożonej: szer.75cm x wys.81cm x gł.179cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 4 | Waga do 115kg | TAK |  |  |
| 5 | Maksymalny pobór mocy: 160W | TAK |  |  |
| 6 | Napięcie: 230V | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na fotele do masażu | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Urządzenie do masażu stóp 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat do hydromasażu stóp | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie posiada 6 zintegrowanych magnesów oraz 8 wbudowanych lamp na podczerwień, które wytwarzają lecznicze pole magnetyczne i wzmacniają efekt masażu. | TAK |  |  |
| 3 | Masaż wibracyjny | TAK |  |  |
| 4 | Masaż bąbelkowy | TAK |  |  |
| 5 | Utrzymywanie temperatury wody | TAK |  |  |
| 6 | Możliwość zamiany temperatury wody - 5 poziomów (35, 38, 42, 45, 48 °C) | TAK |  |  |
| 7 | 6 rolek masujących | TAK |  |  |
| 8 | Czasomierz pozwala na ustawienie pożądanego czasu masażu w zakresie od 20 do 60 minut | TAK |  |  |
| 9 | Maksymalny pobór mocy: ok. 390W | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenia do masażu stóp | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Rotor kończyn górnych i dolnych 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Rotor zespolony do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych wykorzystywany w rehabilitacji i zaprojektowany by zapewnić kontrolowany ruch kończyn górnych oraz dolnych poprzez ruch obrotowy. | TAK |  |  |
| 2 | Rotor wykorzystywany przy leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, reumatologicznym oraz ortopedycznym | TAK |  |  |
| 3 | Rotor wykonany jest ze stali malowanej proszkowo, | TAK |  |  |
| 4 | Mechanizmu rotacyjny z oporem | TAK |  |  |
| 5 | Długość: 71 - 100 cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 6 | Szerokość: 50-52 cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wysokość regulowana w zakresie minimum 75 - 120 cm | TAK |  |  |
| 8 | Waga: 16-18 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na rotory kończyn górnych i dolnych | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stolik do terapii zajęciowej 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Tablica do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem wyposażona w przyrządy do ćwiczeń dłoni oraz nadgarstka. Przeznaczona jest dla dzieci i dla dorosłych. | TAK |  |  |
| 2 | Tablica umocowana jest na obrotowym blacie o wymiarach długość 72 cm x szerokość 52 cm | TAK |  |  |
| 3 | Wysokość tablicy regulowana jest od 55cm do 88 cm | TAK |  |  |
| 4 | Do przyrządów umocowane obciążniki o wadze 20 - 24 dkg | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wałek drewniany | TAK |  |  |
| 2 | Klapka dłoni do ćwiczeń oporowych | TAK |  |  |
| 3 | Uchwyt | TAK |  |  |
| 4 | Spirala pionowa | TAK |  |  |
| 5 | Koło drewniane | TAK |  |  |
| 6 | Korytko drewniane do stabilizacji przedramienia przy ćwiczeniach z kołem | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stoliki do terapii zajęciowej | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/7 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 7**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Lampa do światłolecznictwa 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Średnica filtra 15 cm | TAK |  |  |
| 2 | Zasilanie 100-240 V~, 50/60 Hz | TAK |  |  |
| 3 | Zużycie energii 1,4 - 1,0 A | TAK |  |  |
| 4 | Moc żarówki halogenowej 90 W | TAK |  |  |
| 5 | Klasa ochrony Klasa I, IP 20 | TAK |  |  |
| 6 | Bezpiecznik T2A / 250 V | TAK |  |  |
| 7 | Waga bez statywu ok. 4,3 kg | TAK |  |  |
| 8 | Zakres temperatur użytkowania +10°C do +40°C | TAK |  |  |
| 9 | Długość fali 480 - 3400 nm | TAK |  |  |
| 10 | Stopień polaryzacji >95% (590 - 1550 nm) | TAK |  |  |
| 11 | Gęstość mocy śr. 40 mW/cm2 | TAK |  |  |
| 12 | Energia światła na minutę śr. 2.4 J/cm2 | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Statyw podłogowy | TAK |  |  |
| 2 | Przewód sieciowy - odłączany | TAK |  |  |
| 3 | Oxy sterile spray | TAK |  |  |
| 4 | Pokrowiec ochronny | TAK |  |  |
| 5 | Instrukcja użytkowania lampy | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na lampę do światłolecznictwa | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Ciśnieniomierz stacjonarny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Ciśnieniomierz automatyczny do pomiaru ciśnienia krwi | TAK |  |  |
| 2 | Profesjonalny, stacjonarny aparat do pomiaru ciśnienia | TAK |  |  |
| 3 | 7 calowy kolorowy wyświetlacz LCD | TAK |  |  |
| 4 | Bezpieczna konstrukcja o lekko zakrzywionej linii | TAK |  |  |
| 5 | Prosta obsługa jednym przyciskiem | TAK |  |  |
| 6 | Instrukcje przez wiadomości głosowe | TAK |  |  |
| 7 | Drukarka z automatycznym cięciem papieru | TAK |  |  |
| 8 | Wbudowany awaryjny wyłącznik bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| **II** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | TAK |  |  |
| 10 | Metoda pomiaru: Oscylometryczna | TAK |  |  |
| 11 | Zakres pomiaru: Ciśnienie: 30 ~ 300 mmHg | TAK |  |  |
| 12 | Tętno: 30 ~ 200 uderzeń na minutę | TAK |  |  |
| 13 | Dokładność: Ciśnienie: +/- 2 mmHg | TAK |  |  |
| 14 | Tętno: +/- 5% odczytu | TAK |  |  |
| 15 | Pompowanie: Automatyczne | TAK |  |  |
| 16 | Szybkie opróżnianie mankietu: Automatyczne | TAK |  |  |
| 17 | Zasilanie: 230 V | TAK |  |  |
| 18 | Wymiary: 460 x 320 x 270 mm (+/- 30 mm) | TAK |  |  |
| 19 | Waga: 10-12 kg | TAK |  |  |
| **III** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Krzesło | TAK |  |  |
| 2 | Stolik przystosowany do montażu aparatu | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na ciśnieniomierz stacjonarny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Łóżko EKG 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Leżanka drewniana dwusegmentowa. Blat obity materiałem skóropodobnym | TAK |  |  |
| 2 | Długość 200 cm (+/- 5 cm) | TAK |  |  |
| 3 | Szerokość 65-70 cm | TAK |  |  |
| 4 | Wysokość 70-76 cm | TAK |  |  |
| 5 | Regulacja podgłówka w zakresie 0-35° | TAK |  |  |
| 6 | Dopuszczalne obciążenie 240 kg | TAK |  |  |
| 7 | Waga leżanki do 35 kg | TAK |  |  |
| 8 | Tapicerka bezszwowa | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość wyboru tapicerki w min. 4 kolorach | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Uchwyt na podkład w rolce montowany od strony nóg | TAK |  |  |
| 2 | Stopień/podest ułatwiający wejście na kozetkę. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na łóżko EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Balkonik 5 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Podpórka aluminiowa na czterech kółkach | TAK |  |  |
| 2 | Składana łatwa w transporcie i przechowywaniu | TAK |  |  |
| 3 | Dwie barierki łączące dwie strony na wysokości umożliwiającej stawianie nad toaletą | TAK |  |  |
| 4 | Dodatkowe wygięcie/uchwyt ułatwia wstawanie z pozycji siedzącej | TAK |  |  |
| 5 | Regulowana na wysokość w zakresie min. 790-970 mm | TAK |  |  |
| 6 | Szerokość 580-600 mm | TAK |  |  |
| 7 | Głębokość 540-550 mm | TAK |  |  |
| 8 | Maksymalna dopuszczalna waga użytkownika 130 kg | TAK |  |  |
| 9 | Waga do 2,8 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na balkonik | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Inhalator 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Profesjonalny inhalator tłokowy | TAK |  |  |
| 2 | Możliwość pracy ciągłej (kolejno wielu pacjentów). | TAK |  |  |
| 3 | Inhalator wyposażony w wskaźnik i regulator ciśnienia | TAK |  |  |
| 4 | Maksymalne ciśnienie 2,50 bar | TAK |  |  |
| 5 | Maksymalny przepływ 16 l/min | TAK |  |  |
| 6 | Nebulizacja- 0,50 ml / min | TAK |  |  |
| 7 | Wielkość cząstek- 3,25 μ m | TAK |  |  |
| 8 | Przepływ pracy - 5,2 I / min | TAK |  |  |
| 9 | Poziom głośności do 57 dBa | TAK |  |  |
| 10 | Zasilanie- 230V/50 Hz | TAK |  |  |
| 11 | Wymiary- szer. X gł. X wysokość 25 x 19 x 16cm (+/- 2 cm) | TAK |  |  |
| 12 | Waga do 2,20 kg | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość ustawienia na wózku | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek przystosowany do oferowanego inhalatora -podstawa wyposażona w 5 kółek | TAK |  |  |
| 2 | Nebulizator, maska dla dorosłych, maska dla dzieci, ustnik, przewód łączący. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na inhalatory | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Waga lekarska specjalistyczna dla osób z niepełnosprawnościami 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA waga ze wzrostomierzem** | TAK |  |  |
| 1 | Elektroniczna waga osobowa z bezprzewodową transmisją danych zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III. | TAK |  |  |
| 2 | Wbudowany aluminiowy wzrostomierz z zakresem 7-230 cm  i odczytem wyniku z przodu i boku wzrostomierza | TAK |  |  |
| 3 | Łatwe i proste przemieszczanie wagi dzięki wbudowanym kółkom transportowym | TAK |  |  |
| 4 | Bezprzewodowa radiowa funkcja przekazywania wyników wagi i wzrostu | TAK |  |  |
| 5 | 4 regulowane podgumowane punkty podparcia | TAK |  |  |
| 6 | Wymiary, waga (szer. x wys. x głęb.) 360 x 1340 x 520 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wymiary, platforma (szer. x wys. x głęb.)335 x 80 x 345 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 8 | Masa własna 16 - 19 kg | TAK |  |  |
| 9 | Funkcje  TARA, Pre-TARA, matka/dziecko,  HOLD, BMI, automatyczne  wyłączanie, regulowana funkcja  amortyzacji, SEND/PRINT | TAK |  |  |
| **II** | **WYMAGANIA waga krzesełkowa** | TAK |  |  |
| 1 | Elektroniczna waga krzesełkowa z bezprzewodową transmisją danych do ważenia w pozycji siedzącej zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III | TAK |  |  |
| 2 | Wygodny transport pacjenta dzięki 4 podgumowanym, łożyskowanym łatwo obracającym się kółkom. 2 kółka z hamulcami | TAK |  |  |
| 3 | Siedzisko wykonane z ABS – wytrzymałego plastiku, który można dezynfekować | TAK |  |  |
| 4 | Bezprzewodowa radiowa funkcja przekazywania wyników wagi | TAK |  |  |
| 5 | Pewna pozycja siedząca dzięki hamulcom tylnych kółek oraz  odchylanym podłokietnikom i wysuwanym metalowym podnóżkom | TAK |  |  |
| **6** | Wymiary wagi (szer. x wys. x głęb.) 563 x 897 x 978 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wysokość odczytu 840 mm | TAK |  |  |
| 8 | Rozmiar siedziska sz x gł x wys 430 x 370 x 430 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 9 | Średnica kółek 100 mm (+/- 5%) | TAK |  |  |
| 10 | Masa własna do 25 kg | TAK |  |  |
| 11 | Funkcje TARA, HOLD, BMI, automatyczne wyłączanie | TAK |  |  |
| **III** | **WYMAGANIA OGÓLNE dla wag** | TAK |  |  |
| 1 | Dopuszczalne obciążenie 300 kg | TAK |  |  |
| 2 | Działka elementarna 50 g (zakres do 150kg), 100 g (zakres 150 do 300kg) | TAK |  |  |
| 3 | Zakres TARA 300 kg | TAK |  |  |
| 4 | Ocena stanu odżywienia dzięki funkcji BMI. | TAK |  |  |
| 5 | Małe zużycie prądu – 10.000 cykli ważenia na jednym zestawie baterii | TAK |  |  |
| **IV** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zasilacz do oferowanej wagi 2 szt. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na wagę lekarską specjalistyczną dla osób z niepełnosprawnościami (zestaw) | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Lampa bakteriobójcza przepływowa 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Lampa przejezdna na statywie | TAK |  |  |
| 2 | Typ obudowy: wykonana z blachy kwasoodpornej | TAK |  |  |
| 3 | Podczas działania lampy personel oraz pacjenci mogą przebywać w pomieszczeniu | TAK |  |  |
| 4 | Przepływ powietrza odbywa się przez komorę UV-C | TAK |  |  |
| **II** | **DANE TECHNICZNE:** | TAK |  |  |
| 5 | Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz | TAK |  |  |
| 6 | Energooszczędność - pobór mocy: 115 VA | TAK |  |  |
| 7 | Element emitujący promieniowanie UV-C: 2x55W | TAK |  |  |
| 8 | Trwałość promiennika: 8000 h | TAK |  |  |
| 9 | Wydajność wentylatora: 199 m3/h | TAK |  |  |
| 10 | Dezynfekowana kubatura: 45-90 m3/h | TAK |  |  |
| 11 | Zasięg działania lampy: 18-36 m2 | TAK |  |  |
| 12 | Klasa zabezpieczenia ppor.: I | TAK |  |  |
| 13 | Typ obudowy: IP 20 | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 15 | Wymiary: 600 x 1270 x 600 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 16 | Masa do 14 kg | TAK |  |  |
| 17 | Licznik z elektronicznym wyświetlaczem czteropolowym, który sumuje pracę promienników i sygnalizuje za pomocą dźwięku konieczność ich wymiany. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na lampę bakteriobójczą przepływową | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/8 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 8**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Stół do masażu z platformą wodną - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | 6 niezależnych stref masujących | TAK |  |  |
| 2 | Wszystkie dysze mogą pracować jednocześnie | TAK |  |  |
| 3 | 6 fabrycznych programów masażu | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość ustawienia i zapisania programów użytkownika | TAK |  |  |
| 5 | Bezpieczny dla użytkownika masaż wykonywany na elastycznej membranie | TAK |  |  |
| 6 | Komfortowy dla pacjenta przebieg masażu z zachowaniem intymności | TAK |  |  |
| 7 | Higieniczne warunki wykonania masażu | TAK |  |  |
| 8 | Nie wymaga podłączenia do instalacji wodno-kanalizacyjnej | TAK |  |  |
| 9 | Wielokrotne wykorzystanie czynnika masującego | TAK |  |  |
| 10 | Grzałka wody utrzymująca stałą temperaturę | TAK |  |  |
| 11 | Dotykowy panel sterujący | TAK |  |  |
| 12 | Podświetlenie LED u podstawy | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Pojemność łóżka maksimum 220 litrów | TAK |  |  |
| 15 | Masa: max. 190 kg (bez wody) | TAK |  |  |
| 16 | Długość 237 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość 114 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 18 | Wysokość 70 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 19 | Regulacja temperatury od 30° do 40°C | TAK |  |  |
| 20 | Ustawianie czasu zabiegu (1-30 min.) | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/9 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 9**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Urządzenie do krioterapii - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Zasilanie 230 V (+/-10%) 50Hz | TAK |  |  |
| 2 | Maksymalny pobór mocy 140 VA | TAK |  |  |
| 3 | BEZPIECZEŃSTWO  Klasa I  Stopień B | TAK |  |  |
| 4 | CZYNNIK ROBOCZY | TAK |  |  |
| 5 | Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN) | TAK |  |  |
| 6 | Ilość czynnika roboczego dla zbiornika TR60 60 litrów 48,6 kg (+/- 1 kg) | TAK |  |  |
| 7 | **TEMPERATURY** | TAK |  |  |
| 8 | Temperatura azotu -196˚C | TAK |  |  |
| 9 | Temperatura gazu wylotowego -150˚C ÷ -100˚C | TAK |  |  |
| 10 | Zużycie LN szacowane przy pracy ciągłej aparatu | TAK |  |  |
| 11 | Dla poziomu nadmuchu MINIMUM ~ 0,032 kg / minutę | TAK |  |  |
| 12 | Dla poziomu nadmuchu MAKSIMUM ~ 0,13 kg / minutę | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary aparatu 1090 x 513 x 765 mm wysokość x szerokość x głębokość (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 15 | Ciężar (bez dewara i głowicy) 27 - 29 kg | TAK |  |  |
| 16 | **INNE** | TAK |  |  |
| 17 | Sterowanie za pomocą dotykowego panela | TAK |  |  |
| 18 | Przyciski na panelu umieszczone są po obu stronach wyświetlacza LCD | TAK |  |  |
| 19 | Wizualizacja parametrów zabiegowych (czas, temperatura) na wyświetlaczu LCD aparatu | TAK |  |  |
| 20 | Pomiar temperatury skóry pacjenta podczas zabiegu | TAK |  |  |
| 21 | Stały pomiar ciężaru zbiornika z azotem | TAK |  |  |
| 22 | Skokowa regulacja siły nadmuchu par azotu | TAK |  |  |
| 23 | Przystosowany do pracy z dewarem 60 – litrowym | TAK |  |  |
| 24 | Podstawa jezdna umożliwiająca przemieszczanie aparatu | TAK |  |  |
| 25 | Wersja pneumatyczna, zapewniająca duże oszczędności środka kriogenicznego | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenie do krioterapii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax …………………………………………………………………………..  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/10 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 10**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Aparat ultrasonograficzny z głowicami - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………….

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru – parametry wymagane** | **Wymogi graniczne**  **TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
|  | **Konstrukcja** | TAK |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy - wymagany rok produkcji: 2017 | TAK |  |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bitowy | TAK |  |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej. | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów cyfrowych min. 5 000 000 | TAK |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 4 | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu min. 300 dB | TAK |  |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu z możliwością regulacja w 3 płaszczyznach - przekątna ekranu min. 21 cali | TAK |  |  |
|  | Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach:  góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Uchwyty na głowice umiejscowione po obu stronach konsoli aparatu | TAK |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę przekątna min. 10 cali | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy 1 MHz do 20 MHz. | TAK |  |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 19 000 obrazów | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 200 s | TAK |  |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania min. 0,75 - 40 cm | TAK |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70 | TAK |  |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy | TAK |  |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** | TAK |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.   * B, B + B, 4 B * M * B + M * D * B + D * B + C (Color Doppler) * B + PD (Power Doppler) * 4 B (Color Doppler) * 4 B (Power Doppler) * B + Color + M | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 1200 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 350 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 20 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min.0,5 do 20 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 6,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego min.0,1 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w zakresie min. 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej w zakresie min. +/- 30 stopni | TAK |  |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralnego Dopplera Ciągłego (UCW) dostępnego na głowicach Sektorowych, Liniowych i Convex o zakresie prędkości Min.: +/- 15 m/s (przy zerowym kącie bramki) | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Tkankowego | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop min. 3 kursory (linie proste) | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 5 | TAK |  |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B, spektrum dopplerowskiego i współczynnika prędkości ultradźwięków za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 30 map | TAK |  |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | **Tkankowe obrazowanie elastograficzne w czasie rzeczywistym umożliwiające zobrazowanie różnic sztywności tkanki** | TAK |  |  |
|  | Prezentacja elastyczności tkanki w skali kodowanej kolorem. Praca w trybie B /B+ET (elastografia tkankowa) | TAK |  |  |
|  | Pomiar stosunku elastyczności tkanki analizowanej do tkanki referencyjnej | TAK |  |  |
|  | Dostępna pamięć dynamiczna typu Cineloop w obrazowaniu elastograficznym | TAK |  |  |
|  | Możliwość wykonania biopsji (wyświetlenie znacznika prowadnicy) w trybie obrazowania elastograficznego | TAK |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem twardym min. 1TB | TAK |  |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | **Funkcje użytkowe** | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x20 | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x20 | TAK |  |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10 | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Kardiologicznych * Małych narządów * Naczyniowych * Śródoperacyjnych * Brzusznych * Mięśniowo-szkieletowych * Ortopedycznych | TAK |  |  |
|  | **Głowice ultradźwiękowe – wyposażone w bezpinowe złącza nowej generacji** | TAK |  |  |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 6,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Kąt skanowania min. 75 st. | TAK |  |  |
|  | Promień max. 50 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 16 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | **Głowica Liniowa Matrycowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 13,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 16 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |  |
|  | **Głowica kardiologiczna Phased Array** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 128 | TAK |  |  |
|  | Kąt obrazowania min. 90 stopni | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 8 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję i oprogramowanie umożliwiające badanie i pomiar sprężystości naczyń | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne na głowicach Liniowych | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o objętościową głowicę Liniową 3D/4D (skanującą automatycznie), min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni min. 3,0 – 9,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o bezprzewodowy (podczerwień) programowalny pilot zdalnego sterowania | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę kardiologiczną przezprzełykową Phased Array, o kącie obrazowania 90 stopni min. 2,0 – 8,0 MHz | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na cały system (aparat, głowice, printer) | **Minimum 36 miesięcy** |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=8 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 10 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania cały system (aparat, głowice, printer) | Minimum 10 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax ………………………………………………………………………….  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/11 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 11**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Aparat Doppler - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru – Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
|  | Konstrukcja | TAK |  |  |
|  | Wysokiej klasy, cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Wymagany rok produkcji: 2017 | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bit | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania min. 200 000 | TAK |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 3 | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu min.255 dB | TAK |  |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu, przekątna ekranu minimum 17” | TAK |  |  |
|  | Ruchomy pulpit sterowniczy: góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy USG min. 1 MHz do 20 MHz. | TAK |  |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 20 000 klatek. | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop) | TAK |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 30 s | TAK |  |  |
|  | Głębokość penetracji od czoła głowicy min. 0,5 - 40 cm | TAK |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 35 | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie i prezentacja obrazu |  |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.  B,  B + B  M  B + M  D  B + D  B + C (Color Doppler)  B + PD (Power Doppler)  B + Color + M | TAK |  |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B min. 1100 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B + kolor min. 320 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD, HPRF PWD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 7,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego min.0,5 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 15,5 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego min.0,5 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min. 0,1 do 18 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop, min. 3 niezależne kursory | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | TAK |  |  |
|  | Adaptacyjny system obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie rombowe na głowicy liniowej | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B oraz PWD/CWD (skala, linia bazowa) za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Zakres bramki dopplerowskiej min. od 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej Min. +/- 30 stopni | TAK |  |  |
|  | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 25 map | TAK |  |  |
|  | Archiwizacja obrazów | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 500 GB) i bazą pacjentów. | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie lub płytach DVD-R/RW | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia drukarki laserowej do wydruku raportów bezpośrednio z aparatu | TAK |  |  |
|  | Funkcje użytkowe | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x16 | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x16 | TAK |  |  |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie min. 10 | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:  Brzusznych  Małych narządów  Naczyniowych  Mięśniowo-szkieletowych  Urologicznych  Kardiologicznych  Ginekologicznych | TAK |  |  |
|  | Głowice ultradźwiękowe – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach) | TAK |  |  |
|  | Głowica elektroniczna Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 5,0 – 16,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe | TAK |  |  |
|  | Głowica elektroniczna, kardiologiczna Phased Array szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 1,0 – 5,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 64 | TAK |  |  |
|  | Kąt obrazowania min. 90 st | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty) | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową Matrycową 4,0-18,0 MHz, min. 1024 elementy, szerokość skanu max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję badań z kontrastem | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową laparoskopową, min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, szerokość skanu min. 30 min | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę śródoperacyjną typu I oraz typu T | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat Dopplera | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax …………………………………………………………………………..  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 4 do SIWZ**

Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia

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

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).* Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer [], data [], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S: [ ][ ][ ][ ]/S [ ][ ][ ]–[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S. A. w Prudniku, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w trybie **przetargu nieograniczonego** (podst. prawna: art. 10 ust. 1 oraz art. 39-46 Pzp) o wartości szacunkowej przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 209 000 euro – zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2015r. (Dz. U. z 2015r. poz. 2263 ze zm.) w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej. |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | **Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | **1/XII/2017/13** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

Część II: Informacje dotyczące wykonawcy

A: Informacje na temat wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ]  [ ] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……]  [……]  [……]  [……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **~~Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):~~** ~~czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego?~~ **~~Jeżeli tak,~~** ~~jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy.~~ | [] Tak [] Nie      […]  [….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy: b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10): d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji? **Jeżeli nie:** **Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.**  **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) [……]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] c) [……]    d) [] Tak [] Nie          e) [] Tak [] Nie         (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. | |
| **Jeżeli tak**: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]   b): [……]   c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

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

C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów

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

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.   
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.   
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega

(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)

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

Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji oprócz informacji wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.

Część III: Podstawy wykluczenia

A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

1. udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;
2. **korupcja[[14]](#footnote-14)**;
3. **nadużycie finansowe[[15]](#footnote-15)**;
4. **przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**
5. **pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**
6. **praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20): a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany [ ]; **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]   b) [……] c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („samooczyszczenie”)? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:   * Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca? * Proszę podać datę wyroku lub decyzji. * W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:   2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie   * [] Tak [] Nie * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie   * [] Tak [] Nie * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [[24]](#footnote-24) [……][……][……] | |

C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji: a) **zbankrutował**; lub b) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lub c) zawarł **układ z wierzycielami**; lub d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lub e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona? **Jeżeli tak:**   * Proszę podać szczegółowe informacje: * Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie   * [……] * [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca wie o jakimkolwiek **konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie    […] |
| ~~Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została~~ **~~rozwiązana przed czasem~~**~~, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową?~~ **~~Jeżeli tak~~**~~, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat:~~ | ~~[] Tak [] Nie      […]~~ |
| **~~Jeżeli tak~~**~~, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie~~ **~~Jeżeli tak~~**~~, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……]~~ |
| ~~Czy wykonawca może potwierdzić, że: nie jest winny poważnego~~ **~~wprowadzenia w błąd~~** ~~przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji; b) nie~~ **~~zataił~~** ~~tych informacji; c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |

D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie   [……] |

Część IV: Kryteria kwalifikacji

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

α: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji α w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

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

A: Kompetencje

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencje** | **Odpowiedź** |
| **1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym** prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy[[32]](#footnote-32): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| **~~2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:~~** ~~Czy konieczne jest~~ **~~posiadanie~~** ~~określonego~~ **~~zezwolenia lub bycie członkiem~~** ~~określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jego („ogólny”)~~ **~~roczny obrót~~** ~~w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~**~~: i/lub~~** ~~1b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[33]](#footnote-33) (~~**~~)~~**~~:~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta   (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta~~  ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~2a) Jego roczny („specyficzny”)~~ **~~obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem~~** ~~i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:~~ **~~i/lub~~** ~~2b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[34]](#footnote-34):~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta     (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) W odniesieniu do~~ **~~wskaźników finansowych[[35]](#footnote-35)~~** ~~określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y[[36]](#footnote-36) – oraz wartość): [……], [……][[37]](#footnote-37)~~ ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~5) W ramach~~ **~~ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego~~** ~~wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~6) W odniesieniu do~~ **~~innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych~~**~~, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że Jeżeli odnośna dokumentacja, która~~ **~~mogła~~** ~~zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……]      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

C: Zdolność techniczna i zawodowa

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdolność techniczna i zawodowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na roboty budowlane~~**~~: W okresie odniesienia[[38]](#footnote-38) wykonawca~~ **~~wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju~~**~~:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […] Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~1b) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi~~**~~: W okresie odniesienia[[39]](#footnote-39) wykonawca~~ **~~zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju~~**~~:~~~~Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych[[40]](#footnote-40):~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ~~Opis~~ | ~~Kwoty~~ | ~~Daty~~ | ~~Odbiorcy~~ | |  |  |  |  | |
| ~~2) Może skorzystać z usług następujących~~ **~~pracowników technicznych lub służb technicznych[[41]](#footnote-41)~~**~~, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:~~ | ~~[……]   [……]~~ |
| ~~3) Korzysta z następujących~~ **~~urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości~~**~~, a jego~~ **~~zaplecze naukowo-badawcze~~** ~~jest następujące:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy~~ **~~zarządzania łańcuchem dostaw~~** ~~i śledzenia łańcucha dostaw:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~5)~~ **~~W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:~~** ~~Czy wykonawca~~ **~~zezwoli~~** ~~na przeprowadzenie~~ **~~kontroli[[42]](#footnote-42)~~** ~~swoich~~ **~~zdolności produkcyjnych~~** ~~lub~~ **~~zdolności technicznych~~**~~, a w razie konieczności także dostępnych mu~~ **~~środków naukowych i badawczych~~**~~, jak również~~ **~~środków kontroli jakości~~**~~?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |
| ~~6) Następującym~~ **~~wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi~~** ~~legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca:~~ **~~lub~~** ~~(w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza:~~ | ~~a) [……]    b) [……]~~ |
| ~~7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące~~ **~~środki zarządzania środowiskowego~~**~~:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~8) Wielkość~~ **~~średniego rocznego zatrudnienia~~** ~~u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące~~ | ~~Rok, średnie roczne zatrudnienie: [……], [……] [……], [……] [……], [……] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [……], [……] [……], [……] [……], [……]~~ |
| ~~9) Będzie dysponował następującymi~~ **~~narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi~~** ~~na potrzeby realizacji zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| 10) Wykonawca **zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom[[43]](#footnote-43)** następującą **część (procentową)** zamówienia: | [……] |
| 11) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 12) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Czy wykonawca może przedstawić wymagane **zaświadczenia** sporządzone przez urzędowe **instytuty** lub agencje **kontroli jakości** o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie         […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

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

Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.  
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:**

**Wykonawca oświadcza, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ograniczanie liczby kandydatów** | **Odpowiedź:** |
| ~~W następujący sposób~~ **~~spełnia~~** ~~obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów: W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty: Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej[[44]](#footnote-44), proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich:~~ | ~~[….]    [] Tak [] Nie[[45]](#footnote-45)      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[46]](#footnote-46)~~ |

Część VI: Oświadczenia końcowe

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

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

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

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

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

# C:\Users\Admin\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\U762ZVTR\RPO+OPO+EFRR.jpg

# Załącznik nr 5 do SIWZ

# PROJEKT UMOWY

**UMOWA NR ……………**

zawarta w dniu ………………..2018r**.** w Prudniku pomiędzy:

**Prudnickim Centrum Medycznym S.A. w Prudniku**, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik wpisaną pod nr 0000215463 KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Opolu VIII Wydział KRS, posiadającym NIP: 755 18 39 682, REGON: 532 448 467, wysokość kapitału zakładowego opłaconego w całości: 9 437 400,00 zł,

reprezentowanym przez:

**Wiesławę Gajewską – Prezesa Zarządu**

zwanym dalej **„Zamawiającym”**

a

……………………………………………………………….,

reprezentowanym prze:

……………………………………………………………….

zwanym dalej **„Wykonawcą”**

**dalej zwanymi Stronami**

o następującej treści:

**§ 1**

W wyniku przeprowadzonej procedury przetargowej w trybie przetargu nieograniczonego o nr: 1/XII/2017/13 pn. **„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”** Wykonawca zobowiązuje się do dostawy wymienionego przedmiotu zamówienia w części nr …., zgodnie wykazem asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy, wymaganiami technicznymi oraz warunkami gwarancji i serwisu stanowiącymi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

**§ 2**

1. Strony ustalają ogólną wartość przedmiotu umowy zgodnie z ofertą do kwoty:

Część nr .............

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

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

1. Cena brutto zawiera: koszty zakupu, transportu, montażu, instalacji, przeszkolenia personelu, gwarancji oraz serwisu, podatek VAT, opłaty celne i administracyjne oraz wszelkie pozostałe koszty obejmujące kompleksowe wykonanie zamówienia.

**§ 3**

* 1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć własnym transportem przedmiot zamówienia wymieniony w części nr …. do Oddziału Chorób Wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A., mieszczącego się w 48-200 Prudnik, ul. Piastowska 64 w terminie ……… tygodni od daty zawarcia umowy, a także zainstalować i uruchomić go oraz wykonać szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji oferowanego urządzenia po uprzednim uzgodnieniu terminów z Ordynatorem Oddziału Wewnętrznego.
  2. Dostawa zostanie ustalona w dniach i godzinach pracy Zamawiającego i odbywa się na koszt i ryzyko Wykonawcy. Wykonawca wraz z dostawą przedmiotu zamówienia zobowiązuje się dostarczyć:

1. instrukcję obsługi w języku polskim w formie papierowej (załącznik do protokołu);
2. Deklarację Zgodności (załącznik do protokołu);
3. Formularz Zgłoszenia/Powiadomienia Prezesa Urzędu rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub dokumentem potwierdzającym przeniesienie danych z Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i używania do bazy danych EUDAMED (załącznik do protokołu);
4. Certyfikat Zgodności (załącznik do protokołu);
5. Paszport techniczny (załącznik do protokołu);
6. Dokument Gwarancji (załącznik do protokołu).
   1. W dniu dostawy Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi sprzętu. Imienna lista przeszkolonych pracowników wraz z potwierdzneiem przez osobę szkolącą stanowi załącznik do protokołu.
   2. Wykonawca zapewnia, że przedmiot umowy będzie o jakości zgodnej z opisem przedmiotu zamówienia określonych w SIWZ, ze złożoną przez niego ofertą przetargową oraz posiadać będzie wymagane prawem pozwolenia, dopuszczenia do obrotu i atesty.
   3. Wykonawca, bez wezwania, przy każdorazowej zmianie stanu prawnego związanego z dopuszczeniem do obrotu jak i użytkowania na terytorium RP, dostarczanych przez niego, w ramach niniejszej umowy Zamawiającemu, wyrobów medycznych zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Zamawiającego o jakiejkolwiek zmianie w ww. zakresie, pod rygorem całkowitej i wyłącznej odpowiedzialności Wykonawcy za wszystkie mogące wystąpić dla Zamawiającego negatywne skutki powstałe w wyniku braku przekazania mu takich informacji.

**§ 4**

Odpowiedzialnym za realizację umowy jest (podać imię, nazwisko, nr tel. i e-mail):

Po stronie Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Po stronie Zamawiającego: ………………………………………………………………………………………………………………….

**§ 5**

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczony przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oraz uszkodzeń.
2. Warunki gwarancji i serwisu są określone w załączniku nr 2 do niniejszej umowy i zgodne są ze złożoną ofertą.
3. W okresie gwarancji Wykonawca gwarantuje bezpłatny serwis naprawczy (w tym w szczególności dojazd do Zamawiającego, części zamienne, itp.). W przypadku, gdy naprawa sprzętu objętego niniejszą umową nie będzie możliwa w siedzibie Zamawiającego, na Wykonawcy ciążą również koszty odbioru i zwrotnego dostarczenia sprzętu po jego naprawie.
4. Wykonawca udziela rękojmi na wady prawne i fizyczne zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego. Okres trwania rękojmi jest równy okresowi trwania gwarancji. Bieg okresu rękojmi rozpoczyna się od podpisania protokołu końcowego.
5. Niezależnie od odpowiedzialności z tytułu rękojmi, Wykonawca będzie ponosił odpowiedzialność z tytułu gwarancji. Potwierdzeniem udzielonej gwarancji będzie wystawiony przez Wykonawcę dokument gwarancyjny.

**§ 6**

* + 1. Wykonawca gwarantuje, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w:

1. Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 876 i 1918)
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r w sprawie sposobu kwalifikacji wyrobów medycznych ( Dz. U. z 2010r Nr 215, poz. 1416)
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych ( Dz. U. 2016 poz. 211)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie sposobu dokonywania zgłoszeń i powiadomień dotyczących wyrobów (Dz. U. z 2016 r., poz. 210)
5. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2010r w sprawie wzoru znaku CE (Dz. U. 2010, Nr 186, poz. 1252)
6. Rozprządzeniu Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 21 grudnia 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych dotyczących ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym (DZ.U. 2017.7)
7. Dyrektywie 93/42/EWG z dnia 14 kwietnia 1993r - dotyczącej wyrobów medycznych
8. Dyrektywie 2007/47/EC z 21.09.2007 zmieniającej Dyrektywę 93/42/EWG z dnia 14 kwietnia 1993r - dotyczącej wyrobów medycznych
9. Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/65/EU z dnia 8 czerwca 2011r w sprawie ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym ( Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 1.7.2011 )
   * 1. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczania w trakcie trwania umowy oferowanych wyrobów medycznych lub wyposażeń wyrobów medycznych zgodnie z Załącznikiem Nr 1 pkt. 8 i 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (DZ. U. 2016 poz. 211)

**§ 7**

* + - 1. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty za dostarczony sprzęt w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT w oparciu o bezusterkowy protokół odbioru końcowego podpisany przez obie Strony umowy.
      2. Wykonawca wystawi fakturę i przekaże ją w dniu dostawy, po zainstalowaniu (montażu) i uruchomieniu przedmiotu zamówienia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, na podstawie protokołu zdawczo odbiorczego podpisanego bez zastrzeżeń przez przedstawicieli Zamawiającego i Wykonawcy.
      3. Płatność zostanie dokonana w formie przelewu na konto bankowe Wykonawcy wskazane na fakturze.
      4. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
      5. Jeżeli faktura dostarczona Zamawiającemu przez Wykonawcę zawierać będzie jakiekolwiek błędy pod względem rachunkowym, opisowym lub w zakresie podanych w niej danych, zostanie niezwłocznie przez Wykonawcę skorygowana, natomiast termin płatności dla dostawy, której ta faktura dotyczy, będzie biegł na nowo od daty doręczenia Zamawiającemu faktury skorygowanej. Korekta faktur VAT powinna nastąpić w terminie 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia błędów przez Zamawiającego.

**§ 8**

* + - 1. Dostarczenie przedmiotu zamówienie niespełniającego wymagań określonych w załącznikach do niniejszej umowy będzie traktowane jako nienależyte wykonanie umowy.
      2. W przypadku stwierdzenia wad fizycznych lub braków w dostarczonym towarze Zamawiający niezwłocznie zawiadomi o tym Wykonawcę, który bezzwłocznie wymieni wadliwy towar na wolny od wad lub dostarczy brakujący towar – w terminie nie dłuższym niż określony w warunkach gwarancji i serwisu od zgłoszenia danej reklamacji.
    1. Termin płatności faktur dotyczących dostawy, w której został stwierdzony wadliwy towar, rozpoczyna swój bieg od dnia wymiany wadliwego towaru na wolny od wad.
    2. Wykonawca odpowiada wobec Zamawiającego za wady jakościowe i ilościowe towaru na zasadach określonych przepisami Kodeksu Cywilnego.
    3. Zamawiający zobowiązany jest poinformować Wykonawcę o ujawnionych wadach towaru w ciągu 7 dni od daty ich ujawnienia.
  1. Wykonawca zobowiązany jest do rozpatrzenia reklamacji w terminie nie dłuższym niż 14 dni roboczych od dnia zgłoszenia, a w przypadku uznania reklamacji za zasadną do wymiany towaru w ciągu 3 dni licząc od daty uznania reklamacji.
  2. W przypadku nie załatwienia reklamacji w terminie określonym w ust. 7 i nie dokonania wymiany towaru na wolny od wad, Zamawiający naliczy kary umowne za każdy dzień opóźnienia.
  3. Zamawiający może od umowy odstąpić bez wyznaczenia Wykonawcy dodatkowego terminu do usunięcia wad towaru, jeżeli w trakcie realizacji niniejszej umowy dwukrotnie zasadnie reklamował termin dostawy albo wady jakościowe towaru.

**§ 9**

1.Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu następujące kary umowne:

1. jeżeli nie dotrzyma terminu dostawy, zainstalowania i przekazania sprzętu do eksploatacji, Zamawiający będzie miał prawo żądać kary umowne w wysokości 1% wartości umowy za każdy dzień zwłoki;
2. z tytułu odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 10 % wartości umowy;
3. z tytułu odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w związku z niedostarczeniem wymaganego aktualnego dokumentu – Certyfikatu Zgodności dopuszczającego wyrób do obrotu w wysokości 10% wartości umowy;
4. w przypadku dostarczenia towaru bez załączonej faktury Zamawiający naliczy kary umowne w wysokości 1% wartości umowy za każdy dzień od dnia dostarczenia towaru do dnia dostarczenia faktury;
5. w przypadku zwłoki w realizacji reklamacji o czym mowa w § 8 ust. 2 i ust. 6 – Zamawiający naliczy kary umowne w wysokości 1% wartości umowy za każdy dzień zwłoki.

2. Zamawiający ma prawo potrącenia wymagalnych należności z tytułu kar umownych z wzajemnych wierzytelności Wykonawcy wynikających z wystawionych przez niego faktur.

3. W razie opóźnienia w zapłacie, Wykonawca może naliczyć odsetki ustawowe za opóźnienie w transakcjach handlowych.

4. Kary umowne o których mowa w niniejszym paragrafie stają się wymagalne następnego dnia po zajściu zdarzenia uprawniającego do ich naliczenia.

5. W przypadku, gdy potrącenie kary umownej nie będzie możliwe, Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w terminie 7 dni od dnia otrzymania noty obciążeniowej wystawionej przez Zamawiającego.

**§ 10**

Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych prawa cywilnego, jeżeli poniesiona szkoda przekroczy wysokość zastrzeżonych kar umownych.

**§ 11**

Zamawiający ma prawo do odstąpienia od umowy bez wypowiedzenia i bez obowiązku zapłaty kar umownych oraz odszkodowania w przypadku gdy zaistnieje istotna zmiany okoliczności powodująca, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

**§ 12**

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
2. Nie dopuszcza się wprowadzenia zmian do niniejszej umowy, chyba że zachodzą okoliczności o których mowa w ustawie Prawo zamówień publicznych.

**§ 13**

Do spraw nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego ze szczególnym uwzględnieniem przepisów o sprzedaży oraz przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.

**§ 14**

1. Wszelkie spory, w razie braku osiągnięcia porozumienia, będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

2. W przypadku gdyby którekolwiek z postanowień Umowy zostały uznane za nieważne, Umowa w pozostałej części pozostanie ważna. W przypadku wskazanym w zdaniu poprzednim Strony zobowiązują się do zastąpienia nieważnych postanowień Umowy nowymi postanowieniami zbliżonymi celem do postanowień uznanych za nieważne.

3. Brak egzekwowania przez jedną ze Stron realizacji obowiązków drugiej Strony w czasie obowiązywania niniejszej umowy nie będzie interpretowany jako zgoda na niewykonywanie postanowień umowy lub zmianę jej treści.

4. Strony są zobowiązane zawiadamiać się wzajemnie o każdorazowej zmianie adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku pismo przesłane pod ostatnio wskazany przez Stronę adres i zwrócone z adnotacją o niemożności doręczenia, traktuje się jak doręczone.

**§ 15**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla Wykonawcy, dwa egzemplarze dla Zamawiającego.

Załączniki stanowiące integralną część umowy:

1. Formularz ofertowy Wykonawcy – Załącznik nr 1 do umowy

2. Wymagania techniczne, gwarancji i serwisu – Załącznik nr 2 do umowy

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

Załącznik nr 6 do SIWZ

…….……………………….

pieczęć Wykonawcy

***OŚWIADCZENIE***

# Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 297§ 1. ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego (Dz.U. Nr 88 poz. 553 z póź. zm.), za składanie fałszywych oświadczeń,

oświadczam, że wszystkie oferowane wyroby w postępowaniu przetargowym pn.:

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

do części nr …...............................\* posiadają instrukcje użycia/obsługi w języku polskim,

zgodnie z dyspozycją art. 14 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych

(Dz. U. z 2017r., poz. 211).

............................................... ……………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wykonawcy)

\*wpisać nr części

Załącznik nr 7 do SIWZ

…….……………………….

pieczęć Wykonawcy

***OŚWIADCZENIE***

Dotyczy postępowania nr **1/XII/2017/13** o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

Oświadczam/-y, że **nie wydano / wydano\*** wobec mnie/nas prawomocnego/prawomocny wyrok/wyrok sądu lub ostatecznej/ostateczną decyzji/decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.

*\* niepotrzebne skreślić*

............................................... ……………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wykonawcy)

Załącznik nr 9 do SIWZ

…….……………………….

pieczęć Wykonawcy

***OŚWIADCZENIE***

Dotyczy postępowania nr **1/XII/2017/13** o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

Oświadczam/-y, że **nie orzeczono / orzeczono\*** wobec mnie/nas tytułem środka zapobiegawczego zakazu/zakaz ubiegania się o zamówienie publiczne.

*\* niepotrzebne skreślić*

............................................... ……………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wykonawcy)

Załącznik nr 9 do SIWZ

…….……………………….

pieczęć Wykonawcy

***OŚWIADCZENIE***

Dotyczy postępowania nr **1/XII/2017/13** o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

Oświadczam/-y, że **nie zalegam / zalegam\*** z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych (tj. DZ. U. z 2017r. poz. 1785).

*\* niepotrzebne skreślić*

............................................... ……………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wykonawcy)

****

**Załącznik nr 10 do SIWZ**

**UWAGA:**

**Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć niniejsze oświadczenie w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia przez Zamawiającego informacji z otwarcia ofert na stronie internetowej.**

**OŚWIADCZNIE**

**o przynależności lub braku przynależności**

**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, 1618 i 1634)

Ja ..................................................................................................................................................

/imię i nazwisko/

*(Wypełnia odrębnie każda z osób reprezentujących wykonawcę zgodnie z* *danymi zawartymi w KRS – rejestrze przedsiębiorców albo w CEIDG - ewidencji działalności gospodarczej lub osoba upoważniona przez Wykonawcę albo Pełnomocnik / Lider w przypadku konsorcjum i SC zgodnie z pełnomocnictwem złożonym wraz z ofertą ) -*

Będąc uprawnionym/ą do reprezentacji wykonawcy niniejszym informuję, że w związku z pozyskaniem informacji o złożonych ofertach w postępowaniu na: **„Zakup sprzętu i wyposażenia do oddziału chorób wewnętrznych Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.”**

Nr postępowania: **1/XII/2017/13, oświadczam, że:**

**należę do grupy kapitałowej (\*)**

**nie należę do grupy kapitałowej (\*)**

(\*) – niepotrzebne skreślić

***Pouczenie:***

1. ***Zgodnie z art. 24 ust. 11 zdanie drugie ustawy Prawo zamówień publicznych (Pzp) ,,wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia”.***
2. ***Zamawiający wykluczy z postępowania o udzielenie zamówienia wykonawców, którzy należąc 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, 1618 i 1634), złożyli odrębne oferty, chyba że wykażą, że istniejące między nimi powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.***

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej po stronie Wykonawcy

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.  
   W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)