

SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W RZESZOWIE  
35-111 RZESZÓW, UL. KRAKOWSKA 16  
TEL./17/86-43-312, FAX./17/850-70-53  
NIP: 813-28-92-063, REGON: 690028840

---

Rzeszów, dnia 23.10.2017r.

ZNAK SPRAWY Z/ZZP.2375.28.17

## **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO  
o wartości nieprzekraczającej kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie  
art. 11 ust. 8 ustawy prawo zamówień publicznych

**na dostawę różnych urządzeń medycznych**

**CPV 33100000-1, 33121500-9, 33123200-0, 33150000-6**

Postępowanie o zamówienie publiczne prowadzone na podstawie przepisów  
ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych  
(Dz. U. z 2015r. poz. 2164 z późniejszymi zmianami)

Specyfikację zatwierdza: \_\_\_\_\_

## **ROZDZIAŁ I OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa:

- a) Aparatu do terapii polem wysokiej częstotliwości– 1 szt.
- b) Aparatu do EKG– 1 szt.
- c) Aparatu do drenażu limfatycznego - 1 szt.
- d) Ogrzewaczy pacjenta - 4 szt.
- e) Rejestratorów 3-kanałowych - 2 szt.
- f) Rejestratorów 12-kanałowych - 4 szt.
- g) Rejestratorów ciśnieniowych - 3 szt.
- h) Cykloergometru- 1 szt.
- i) Rotoru na kończyny dolne i górne - 1 szt.
- j) Aparatu do biostymulacji laserowej - 1 szt.
- k) Aparatu do elektroterapii i terapii ultradźwiękowej - 1 szt.
- l) Aparatu do krioterapii azotowej- 1 szt.
- m) Wózka do transportu chorych 2-sekcyjnego - 2 szt.
- n) Wózka do transportu chorych leżącego - 2 szt.
- o) Wózka reanimacyjnego - 2 szt.
- p) Zestawu do podaży azotu – 1 szt.

do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, transportem na koszt i ryzyko Wykonawcy. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określa zestawienie wymaganych parametrów techniczno-granicznych (załącznik nr 6 do SIWZ) będący integralną częścią niniejszej specyfikacji. Wypełniony załącznik należy dołączyć do oferty.

2. Zamawiający wymaga aby aparaty posiadały aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do stosowania w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile ich posiadanie jest wymagane w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa – (pozwolenie na dopuszczenie do obrotu aparatów medycznych, wpis do rejestru wyrobów medycznych , Deklaracja zgodności, CE itp.)
3. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Ilość zadań: 16. Przedstawienie oferty nie obejmującej całego asortymentu znajdującego się w zadaniu spowoduje jej odrzucenie bez dalszego rozpatrywania.
4. Zamawiający nie przewiduje udzielania zamówień uzupełniających.
5. Termin płatności - **do 30 dni** od daty dostarczenia towaru wraz z Fakturą VAT oraz protokołem odbioru.
6. Uwaga: Zamawiający pracuje od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 14.35.

## **ROZDZIAŁ II TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

1. Wymagany termin realizacji zamówienia:  
Dostawa najpóźniej do 08 grudnia 2017r.  
Przy dostawie wymagana Faktura VAT wraz z protokołem odbioru.

## **ROZDZIAŁ III WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU,**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:
  - a) nie podlegają wykluczeniu z udziału w postępowaniu -Zamawiający wyklucza wykonawcę z postępowania na podstawie art.24 ust. 1 pkt 12-23, art. 24 ust.5 pkt. 1 ustawy Pzp;  
W celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia wykonawcy z udziału w postępowaniu Zamawiający żąda dołączenia do oferty oświadczeń i dokumentów określonych w rozdziale IV SIWZ.

- b) spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w pkt. 2 niniejszego rozdziału.
2. Minimalne poziomy zdolności - warunki udziału w postępowaniu oraz wymagane od wykonawców środki dowodowe
    - a) kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej: zamawiający nie precyzuje warunku w tym zakresie,
    - b) sytuacja ekonomiczna lub finansowa: zamawiający nie precyzuje warunku w tym zakresie,
    - c) zdolność techniczna lub zawodowa: zamawiający nie precyzuje warunku w tym zakresie.
  3. Uregulowania dotyczące warunków udziału w postępowaniu
    - wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia. W takim przypadku wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego,
    - uregulowania dotyczące wykonawcy stosuje się odpowiednio do wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia,
    - jeżeli oferta wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia zostanie wybrana, zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych wykonawców,
    - wykorzystanie przez wykonawcę potencjału podmiotu trzeciego odbywa się zgodnie z art. 22a ustawy Pzp i §9 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016r., poz. 1126), o ile dotyczy wykonawcy.
  4. Potwierdzą, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego tj.:
    - aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do stosowania oferowanych aparatów w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile ich posiadanie jest wymagane w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa – (pozwolenie na dopuszczenie do obrotu aparatów medycznych, wpis do rejestru wyrobów medycznych).
    - Opis, fotografia lub folder oferowanego sprzętu medycznego (w języku polskim) zawierającego jego dane techniczne, potwierdzające spełnianie parametrów opisanych w zestawieniu wymaganych parametrów techniczno – granicznych (załącznik nr 6)
    - certyfikaty i deklaracje zgodności, o ile ich posiadanie jest wymagane w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa.
  5. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu zostanie dokonana przez zamawiającego w oparciu o analizę i ocenę złożonych wraz z ofertą dokumentów i oświadczeń na zasadzie klasyfikacji: spełnia/ nie spełnia. Warunek graniczny: spełnia.

#### **ROZDZIAŁ IV**

### **WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

W celu wstępnego wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania Wykonawca składa następujące dokumenty:

1. Oświadczenia lub dokumenty potwierdzające, że wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu:
  - a) oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art.25a ust.1 ustawy Pzp dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania - wg załącznika nr 2 do SIWZ,
  - b) oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art.25a ust.1 ustawy Pzp dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu - wg załącznika nr 3 do SIWZ,
2. Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia oraz spełniania, w zakresie, w jakim powołuje się na ich zasoby, warunków udziału w postępowaniu
  - zamieszcza informacje o tych podmiotach w oświadczeniu, o którym mowa w pkt 1a) i 1b)
3. Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu

wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu:

- zamieszcza informacje o podwykonawcach w oświadczeniu, o którym mowa w pkt 1a) i 1b)
4. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Potwierdza ono spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.
  5. Wykonawca, w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp, przekazuje zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 - wzór oświadczenia określa załącznik nr 4 do SIWZ.
  6. Wykonawca, w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia, złoży następujące dokumenty:
    - a.) Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy.
  7. Wykonawca, w celu potwierdzenia że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, złoży:
    - a) aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2010r Nr 107, poz. 679) do stosowania oferowanych aparatów w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile ich posiadanie jest wymagane w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa – (pozwolenie na dopuszczenie do obrotu aparatów medycznych, wpis do rejestru wyrobów medycznych).
    - b) opis, fotografia lub folder oferowanego sprzętu medycznego (w języku polskim) zawierającego jego dane techniczne, potwierdzające spełnianie parametrów opisanych w zestawieniu wymaganych parametrów techniczno – granicznych (załącznik nr 6)
    - c) certyfikaty i deklaracje zgodności, o ile ich posiadanie jest wymagane w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa
  8. Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz dokumenty, potwierdzające że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego są składane w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy złożona przez Wykonawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
  9. Dokument, o których mowa w pkt 6 ppkt a.) powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  10. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów o której mowa w pkt 6. ppkt a.) składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono jego upadłości. Dokument powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  11. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 6, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Dokument, o którym mowa w zdaniu pierwszym powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  12. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.

13. Jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia odpowiedniego przebiegu postępowania o udzielenie zamówienia, Zamawiający może na każdym etapie postępowania wezwać Wykonawców do złożenia wszystkich lub niektórych oświadczeń lub dokumentów potwierdzających, że nie podlegają wykluczeniu, spełniają warunki udziału w postępowaniu, a jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio oświadczenia lub dokumenty nie są już aktualne, do złożenia aktualnych oświadczeń lub dokumentów.
14. Wykonawca nie jest obowiązany do złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających brak podstaw do wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w postępowaniu, jeżeli Zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące tego Wykonawcy lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352). W takiej sytuacji Wykonawca zobligowany jest do wskazania Zamawiającemu sygnatury postępowania, w którym wymagane dokumenty lub oświadczenia się znajdują.
15. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów, na zasobach których Wykonawca polega na zasadach określonych w art. 22a ustawy PZP, kopie dokumentów dotyczących odpowiednio Wykonawcy lub tych podmiotów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub te podmioty.
16. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.
17. W przypadku, o którym mowa w pkt 10, 11 Zamawiający ma prawo żądać od Wykonawcy przedstawienia tłumaczenia na język polski wskazanych przez Wykonawcę i pobranych samodzielnie przez Zamawiającego dokumentów.

## **ROZDZIAŁ V INNE WYMAGANE DOKUMENTY**

Wykonawca dołącza do oferty:

1. Wypełniony formularz ofertowo cenowy wg wzoru określonego w **załączniku nr 1 do SIWZ**.
2. Pełnomocnictwo do podpisania oferty /oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza/ - tylko w sytuacji, gdy dokumenty i oświadczenia składające się na ofertę podpisane będą przez osobę inną niż uprawnioną do reprezentacji zgodnie z treścią odpisu właściwego rejestru.
3. Parafowany wzór umowy wg Załącznika nr 4,
4. Opis parametrów techniczno-granicznych wg Załącznika nr 6
5. Formularz asortymentowo-cenowy wg Załącznika nr 7
6. Dokumenty wskazane w rozdz. 4 pkt 6 i 7.

## **ROZDZIAŁ VI INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI**

1. Zamawiający dopuszcza, aby oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje były przekazywane pisemnie, faksem oraz drogą elektroniczną. Jeżeli oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zostaną przekazane faxem lub drogą elektroniczną fakt ich otrzymania zostanie niezwłocznie potwierdzony na żądanie każdej ze stron.
2. Zamawiający nie zamierza zwoływać zebrania Wykonawców.
3. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie do Zamawiającego, nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa terminu składania ofert.

4. W celu skrócenia czasu przygotowania odpowiedzi na pytania o wyjaśnienie treści SIWZ Komisja przetargowa prosi, aby Wykonawcy zwracając się do Zamawiającego w sprawie udzielenia wyjaśnień wysyłali również treść pytań w wersji elektronicznej edytowalnej na adres poczty elektronicznej: [zaopatr@szpitalmsw.rzeszow.pl](mailto:zaopatr@szpitalmsw.rzeszow.pl)
5. Do porozumiewania się z Wykonawcami uprawniony jest:
  - a) w sprawach merytorycznych:
    - zad. 4 – Grażyna Jeż - tel. /17/ 86-43-245 w godz. 10:00 – 12:00,
    - zad. 14 – Barbara Pater - tel. /17/ 86-43-220 w godz. 10:00 – 12:00,
    - zad. 13 – Małgorzata Lasota - tel. /17/ 86-43-321 w godz. 10:00 – 12:00,
    - zad. 1, 3, 10, 11, 12 – Beata Bajek - tel. /17/ 86-43-330 w godz. 10:00 – 12:00,
    - zad. 9 – Jolanta Pałkowska - tel. /17/ 86-43-253 w godz. 10:00 – 12:00,
    - zad. 2, 5, 6, 7, 8, 15, 16 – Andrzej Curzytek tel. /17/ 86-43-285 w godz. 10:00 – 12:00,
  - b) w sprawach proceduralnych:  
Marek Pytel – Sekcja Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych  
tel. /17/86-43-215 w godz. 10:00 – 12:00,  
e-mail: [zaopatr@szpitalmsw.rzeszow.pl](mailto:zaopatr@szpitalmsw.rzeszow.pl)
6. Oświadczenia lub dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia oraz potwierdzające, że oferowane usługi odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego, mogą być złożone w formach dopuszczonych prawem zgodnie z §14 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016r., poz.1126)

## **ROZDZIAŁ VII WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

## **ROZDZIAŁ VIII TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym, że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu związania ofertą o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.

## **ROZDZIAŁ IX OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWYWANIA OFERT**

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferta powinna zawierać wszystkie formularze, oświadczenia i dokumenty wskazane w rozdziale IV i V SIWZ.
3. Wykonawcy mogą również wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia. W takim przypadku, Wykonawcy ustalają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
4. Ofertę składa się, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej w języku polskim, w sposób czytelny i nieścieralny, strony winny być ponumerowane oraz parafowane przez upoważnioną osobę.
5. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania

Wykonawcy. Pełnomocnictwo powinno być dołączone do oferty o ile nie wynika z innych załączonych dokumentów. Pełnomocnictwo powinno być złożone w oryginale lub notarialnie poświadczony kopii.

6. Wszystkie podpisy złożone w ofercie winny być opatrzone pieczęcią imienną osoby składającej podpis celem jej identyfikacji. Wszelkie poprawki lub zmiany w treści oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
7. Wykonawcy ponoszą wszelkie ewentualne koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
8. Ofertę wraz z załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi wykonawcy oraz napisem:

**„Oferta - przetarg nieograniczony na dostawę różnych urządzeń medycznych”  
Nie otwierać przed 31.10.2017r. godz. 12:30”**

9. Wykonawca przed upływem terminu składania ofert, może wprowadzić zmiany do złożonej oferty. Wprowadzenie zmian do złożonych ofert należy dokonać w formie pisemnej, z dopiskiem „Zmiana oferty”.
10. Wykonawca przed upływem terminu składania ofert może wycofać swoją ofertę poprzez wysłanie informacji do Zamawiającego o wycofaniu swojej oferty, pod warunkiem, iż informacja ta dotrze do Zamawiającego przed upływem terminu składania ofert.
11. Informacje zawarte w ofercie, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.), co do których Wykonawca zastrzegł – nie później niż w terminie składania ofert – że nie mogą być udostępnione, muszą być oznaczone klauzulą „Tajemnica przedsiębiorstwa”. **Wykonawca w przypadku zastrzeżenia określonych części oferty jako tajemnicę przedsiębiorstwa, zobowiązany jest wykazać skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).** Wykonawca nie może zastrzec informacji, dotyczących nazwy (firmy) oraz adresu Wykonawcy, a także informacji dotyczącej ceny oferty, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofercie. Zaleca się również, aby dokumenty te były spięte w sposób pozwalający na ich oddzielenie od reszty oferty.

**ROZDZIAŁ X  
MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

1. Ofertę w zamkniętej, opisanej kopercie należy złożyć **do dnia 31.10.2017r. do godz. 12.00** w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie (bud. „G”, pok. 110), ul. Krakowska 16, 35-111 Rzeszów.
2. Uwaga: Zamawiający pracuje od poniedziałku do piątku w godz. **7.00 – 14.35**.
3. Jeżeli oferta wpłynie do zamawiającego pocztą lub inną drogą (np. pocztą kurierską) o terminie złożenia oferty decyduje termin dostarczenia do zamawiającego, a nie termin wysłania np. listem poleconym bądź złożenia zlecenia pocztą kurierskiej. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona wykonawcy bez otwierania. Na żądanie wykonawca otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.
4. Otwarcie ofert jest jawne i następuje po upływie terminu do ich składania. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Przetargowej, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w bud. „A” - Świetlica **dnia 31.10.2017r. o godz. 12.30**.
5. Bezpośrednio przed otwarciem ofert zamawiający poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia. Podczas otwarcia ofert zamawiający poda nazwy (firmy) oraz adresy wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach. Informacje te zamawiający niezwłocznie zamieści również na stronie internetowej.

## **ROZDZIAŁ XI OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

1. Cena za przedmiot oferty musi zawierać koszty transportu do miejsca przeznaczenia towaru, ubezpieczenia towaru, opłat pośrednich (np. opłaty lotniskowe, koszty rewizji, koszty załadunku i rozładunku), opłat celnych, rabatów cenowych (uwzględnionych w cenie jednostkowej), podatku VAT. Cena musi być wyrażona w złotych polskich.
2. Wykonawca powinien skalkulować cenę do miejsca dostawy, w sposób jednoznaczny, bez podziału na wartości zależne od wielkości zamówienia.
3. Cena jednostkowa x ilość = wartość netto + podatek VAT = wartość brutto.
4. Ceny netto, brutto, wartość podatku VAT należy zaokrąglić do dwóch miejsc po przecinku.
5. Cenę ostateczną oferty należy podać w złotych polskich cyfrą i słownie.
6. Cena netto podana w formularzu ofertowo-cenowym nie ulegnie zmianie przez cały czas obowiązywania umowy.
7. 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.

## **ROZDZIAŁ XII ZASADY WYBORU OFERTY I UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

1. Zgodnie z dyspozycją art.87 ust.2 Pzp zamawiający poprawi w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie, oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek, oraz inne omyłki polegające na niezgodności oferty z SIWZ, nie powodujące istotnych zmian w treści oferty, niezwłocznie zawiadamiając o tym wykonawcę, którego oferta została poprawiona.
2. Przez oczywistą omyłkę pisarską należy rozumieć zwłaszcza widocznie mylną pisownię wyrazu, ewidentny błąd gramatyczny, niezamierzone opuszczenie całego wyrazu lub jego części, czy też inną nasuwającą się samą przez się niedokładność przypadkową, której poprawienie nie zmienia rzeczywistej treści i sensu oświadczenia wykonawcy, tj. treści oferty.
3. Ocena oczywistości danej omyłki pisarskiej będzie dokonywana w kontekście treści całej wypowiedzi oraz w odniesieniu do danych okoliczności sprawy. Zamawiający ma tu na uwadze oczywistość wynikającą z kontekstu pełnej treści oświadczenia zawartego w ofercie czy też jej części składowej (dokumentów składających się na jej treść).
4. Przez oczywistą omyłkę rachunkową należy rozumieć:
  - a. rozbieżności pomiędzy ceną wpisaną liczbą i ceną wpisaną słownie - w sytuacji takiej rozbieżności zamawiający przyjmuje, że prawidłowo wpisano cenę słownie,
  - b. omyłkę polegającą na uzyskaniu błędnego wyniku wskutek przeprowadzenia działania matematycznego, a w szczególności:
    - błędne obliczenie poszczególnych wartości, przy założeniu prawidłowości podanej liczby i ceny jednostkowej sprzętu,
    - niewłaściwe zaokrąglenie części dziesiętnych poszczególnych wartości, itp.,UWAGA: przyjęcie niewłaściwej stawki podatku VAT traktowane będzie jako błąd w obliczeniu ceny nie podlegający poprawieniu.
5. Ocena istotności zmian w treści oferty, jakie powodowałyby poprawienie innej omyłki, zostanie dokonana w odniesieniu do konsekwencji jakie będzie miało poprawienie danej omyłki. Konsekwencje te mogą także dotyczyć zmiany wartości oferty. Charakter omyłki zostanie oceniony na tle niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w ramach danej oferty a konsekwencje poprawienia danej oferty w postępowaniu odpowiednio uzasadnione, co do ich charakteru (czy zmiany w ofercie miałyby charakter istotny bądź nie).
6. Mając na uwadze postanowienia art. 89 ust.1 pkt.7) Pzp, zgodnie z treścią którego zamawiający zobligowany jest odrzucić ofertę jeżeli wykonawca w terminie 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia nie zgodził się na poprawienie omyłki, o której mowa w art.87 ust.2 pkt.3 Pzp, w sytuacji poprawienia takiej omyłki w ofercie wykonawcy, dla zachowania sprawności prowadzonej



procedury przetargowej, wykonawca ten w terminie trzech dni od przesłania informacji o poprawieniu omyłki prześle do zamawiającego pismo, z którego treści wynikać będzie czy wyraża on zgodę na poprawienie zaistniałej omyłki.

### **ROZDZIAŁ XIII OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

#### **1. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty**

Wybór oferty dokonany zostanie na podstawie poniższych kryteriów (nazwa kryterium, waga, sposób punktowania):

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa kryterium</i>	<i>Waga</i>	<i>Sposób punktowania</i>
1.	<i>Cena</i>	60%	<i>Cena oferty najniższej podzielona przez cenę oferty ocenianej x waga</i>
2.	<i>Ocena techniczna</i>	40%	<i>Ilość punktów przyznana badanej ofercie za kryterium ocena techniczna podzielona przez maksymalną ilość punktów możliwą do uzyskania w kryterium ocena techniczna x waga</i>

UWAGA: Punkty w kryterium „Cena” wyliczone będą do dwóch miejsc po przecinku.

#### **Oceny kryterium „Ocena techniczna” Zamawiający dokona na podstawie informacji zawartej przez Wykonawcę w zestawieniu Formularzu parametrów techniczno-granicznych**

Ostateczna liczba punktów będzie stanowić sumę punktów uzyskanych w poszczególnych kryteriach : cena + ocena techniczna

### **ROZDZIAŁ XIV INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

1. Umowa zostanie zawarta w terminie nie krótszym niż 5 dni od dnia przesłania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty - zawiadomienie to zostanie przesłane przez zamawiającego do wykonawców przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
2. Zamawiający zawrze umowę przed upływem wskazanego w pkt.1 terminu, jeżeli w postępowaniu zostanie złożona tylko jedna oferta /art.94 ust.2 pkt.1) a)/ lub w sytuacji, o której mowa w art.94 ust.2 pkt.3) Pzp.
3. Osoba lub osoby reprezentujące wykonawcę przy podpisaniu umowy powinny legitymować się stosownym upoważnieniem.

### **ROZDZIAŁ XV WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**ROZDZIAŁ XVI**  
**ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO**  
**TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY – WZÓR UMOWY**

Wzór umowy stanowi Załącznik nr 5 do SIWZ.

**ROZDZIAŁ XVII**  
**ZMIANA UMOWY**

1. Zamawiający nie przewiduje istotnych zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru oferty.
2. Zmiany w zakresie obowiązującej stawki VAT następują z mocy prawa. Umowa będzie aneksowana.

**ROZDZIAŁ XVIII**  
**POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH**  
**WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA**

1. Wykonawcom, a także innym podmiotom, jeżeli mają lub mieli interes w uzyskaniu zamówienia oraz ponieśli lub mogą ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Pzp, przysługują środki ochrony prawnej określone w Dziale VI Pzp (art. 179-198 g).

**ROZDZIAŁ XIX**  
**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Protokół wraz z załącznikami jest jawny.
2. Załączniki do protokołu udostępnia się po dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty lub unieważnieniu postępowania.
3. Oferty udostępnia się od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji - gdy wykonawca składając ofertę zastrzegł w odniesieniu do tych informacji, że nie mogą być one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
4. Zamawiający udostępnia dokumenty po złożeniu pisemnego wniosku, w siedzibie zamawiającego (Kancelaria), w godzinach od 7:00 do 14:35,

**ROZDZIAŁ XX**  
**ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ**

1. Zamawiający załącza do SIWZ załączniki.
  2. Załączniki do SIWZ należy traktować jako integralne części SIWZ, co oznacza, że zawarte w tych załącznikach postanowienia obowiązują wykonawcę w tym samym zakresie co postanowienia SIWZ.
  3. Wykaz załączników do SIWZ:
    - 1) Formularz ofertowo cenowy - zał. nr 1,
    - 2) Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art.25a ust.1 ustawy PZP dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania - zał. nr 2 do SIWZ,
    - 3) Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art.25a ust.1 ustawy PZP dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu - zał. nr 3 do SIWZ,
    - 4) Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej o której mowa art. 24 ust. 1 pkt 23 - wzór oświadczenia określa załącznik nr 4 do SIWZ
    - 5) Wzór umowy - zał. nr 5 do SIWZ
    - 6) Formularze – zestawienie wymaganych parametrów techniczno-granicznych - zał. nr 6 do SIWZ
    - 7) Formularz asortymentowo-cenowy zał. nr 7 do SIWZ
-

**FORMULARZ OFERTOWO CENOWY**

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczętka firmowa wykonawcy)

1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym z dnia 23.10.2017r. na dostawę różnych urządzeń medycznych do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie, ul. Krakowska 16,  
oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem  
\* w zakresie zadania nr .....

za cenę netto: .....  
co stanowi cenę brutto: .....  
słownie: .....  
w tym podatek VAT ..... zł

W załączeniu szczegółowa oferta cenowa (wypełniony formularz asortymentowo cenowy).

2. Oświadczamy, że oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia za cenę określoną w punkcie 1 formularza ofertowego. Przedmiot zamówienia wykonamy według zapotrzebowania Zamawiającego.  
Termin wykonania zamówienia:  
**Dostawa najpóźniej do 08 grudnia 2017r.**  
**Przy dostawie wymagana Faktura VAT wraz z protokołem odbioru.**
3. Płatność będzie dokonywana przelewem na rachunek Wykonawcy **do 30 dni** od daty dostarczenia towaru wraz z fakturą VAT oraz protokołem odbioru..
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia oferty.
5. Oświadczamy, że postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane.
6. Oświadczamy, że zaoferowane urządzenia medyczne spełniają wymagania określone w obowiązujących na dzień złożenia oferty przepisach prawa i posiadają stosowne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu.
7. Oświadczamy, że uzyskaliśmy konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty, zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na wszystkie warunki opisane w SIWZ.
8. Będąc świadomym odpowiedzialności karnej określonej w ustawie z dnia 12 października 1994r. o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego (Dz. U. z 1994r. Nr 126 poz. 615) a w szczególności treści art. 3 oświadczamy, że złożona przez nas oferta została przygotowana rzetelnie przy wykorzystaniu całej posiadanej wiedzy, a wszystkie zawarte w niej oświadczenia i dokumenty potwierdzają stan faktyczny.

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczętka osoby  
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

- Uwaga: Formularz oferty należy dołączyć do każdego zadania oddzielnie.

**Zamawiający:**  
SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie  
ul. Krakowska 16  
35-111 Rzeszów  
(pełna nazwa/firma, adres)

**Wykonawca:**

.....  
.....  
.....  
(pełna nazwa/firma, adres, w  
zależności od podmiotu:  
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  
reprezentowany przez:  
.....  
.....  
(imię, nazwisko,  
stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. .... (nazwa  
postępowania), prowadzonego przez ..... (oznaczenie  
zamawiającego), oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

..... (miejscowość), dnia ..... r .....  
(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród

wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.....

..... (miejsowość), dnia ..... r. ....

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY  
POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

.....

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO  
PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami:

..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a

..... także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

**Zamawiający:**  
SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie  
ul. Krakowska 16  
35-111 Rzeszów  
(pełna nazwa/firma, adres)

**Wykonawca:**

.....  
.....

.....  
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  
reprezentowany przez:

.....  
.....

.....  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

pn. .... (nazwa postępowania), prowadzonego przez

.....(oznaczenie zamawiającego), oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego

w .....

(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w.....

(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu), polegam na zasobach następującego/yh podmiotu/ów:

....., w następującym zakresie:

.....

.....

..... (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia ..... r.

(podpis)

**Zamawiający:**  
SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie  
ul. Krakowska 16  
35-111 Rzeszów  
(pełna nazwa/firma, adres)

.....  
*Nazwa wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**  
NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 11 USTAWY

*Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego*

pn. .... (nazwa postępowania),  
prowadzonego przez .....(oznaczenie  
zamawiającego), oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że nie należę do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Prawo zamówień publicznych** (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 poz. 184, 1618, 1634) \*

**Oświadczam, że należę do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Prawo zamówień publicznych** (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 poz. 184, 1618, 1634), **w załączeniu, wraz z ofertą, przekazuję listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.\***

**\* niepotrzebne skreślić**

*Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Prawo zamówień publicznych Zamawiający wyklucza z postępowania o udzielenie zamówienia wykonawców, którzy należąc do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. 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.*

Data:

.....  
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz)

**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.** Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.



= WZÓR UMOWY =  
**Projekt umowy nr ...../ 2017**

zawarta w dniu ..... 2017 r., w zakresie zadania nr....., pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie**, ul. Krakowska 16, wpisanym do KRS pod numerem 0000020148 prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Rzeszowie XII Wydział Gospodarczy KRS zwanym w treści umowy **Zamawiającym** reprezentowanym przez: Dyrektora - Zbigniewa Widomskiego

a

..... wpisanym do ..... pod numerem ..... prowadzonego przez .....zwanym w treści umowy **Dostawcą** reprezentowanym przez ..... w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Dostawcy w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z Ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r., poz. 2164 z późn.zm.).

§ 1

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczyć Zamawiającemu towar zgodnie z ofertą z dnia ..... stanowiącą załącznik nr 1, loco Magazyn centralny SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie, ul. Krakowska 16.
2. Dostawca dostarczy ..... w ilości ..... do dnia .....
3. Realizacja dostawy odbywać się będzie w odpowiednich opakowaniach oraz transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe dostarczanych towarów przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. na koszt i ryzyko Dostawcy.
4. Dostawca odpowiada wobec Zamawiającego za wady fizyczne i jakościowe dostarczanego towaru na podstawie przepisów Kodeksu Cywilnego. W przypadku stwierdzenia wad dostarczonego towaru Dostawca zobowiązuje się niezwłocznie załatwić reklamację, nie później jednak niż w terminie 10 dni od jej złożenia na piśmie przez Zamawiającego.
5. Dostawca zapewnia, że dostarczy aparaty fabrycznie nowe, kompletne, o wysokim standardzie zarówno pod względem jakości, a także wolny od wad materiałowych i prawnych. Gwarantuje także, że dostarczone aparaty dopuszczone są do stosowania w Zakładach Opieki Zdrowotnej w Polsce i posiadają, o ile są wymagane prawem, stosowne certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności itp.

§ 2

Wszystkie koszty związane z dostawą urządzeń medycznych loco Magazyn Centralny SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie, ul. Krakowska 16 (transport, ubezpieczenie, opakowanie, opłaty podatkowe, rozładunek i inne czynności Dostawcy związane z przygotowaniem dostaw) pokrywa Dostawca. Koszty te stanowią składnik ceny ofertowej Dostawcy.

§ 3

1. Za dostarczone urządzenia medyczne Zamawiający zapłaci Dostawcy cenę zgodnie z ofertą przetargową stanowiącą załącznik nr 1 w terminie **do 30 dni** od daty dostarczenia faktury oraz protokołu odbioru, w wysokości netto..... zł, co stanowi wartość brutto ..... zł (słownie: .....), płatnej przelewem na konto Dostawcy wskazane na fakturze VAT.

2. Cena urządzeń medycznych zaoferowana przez Dostawcę w ofercie z dnia ..... stanowiącej załącznik nr 1 nie ulegnie zmianie przez cały okres obowiązywania umowy za ewentualnym wyjątkiem:
  - a) w przypadku zmiany stawki podatku VAT na określone towary,
3. Na zaoferowane aparaty Dostawca udziela gwarancji przez okres ..... miesięcy oraz ..... bezpłatny przegląd serwisowy.

#### § 4

1. Dostawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
  - a) za rozwiązanie umowy z winy Dostawcy w wysokości 5% wartości niezrealizowanej dostawy,
  - b) za przekroczenie terminu ustalonej dostawy o więcej niż 24 godzin w wysokości 0,1% wartości niezrealizowanej dostawy za każdy dzień zwłoki,
  - c) za nie wypełnienie zobowiązań jakościowych ustalonych w §1 ust.5 w wysokości 0,1% wartości dostawy, za każdy dzień zwłoki w wymianie towaru na wolny od wad.
2. Strony mogą dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.
3. Za szkody wynikłe z nie wykonania lub nienależytego wykonania innych zobowiązań umownych, strony ponoszą odpowiedzialność na zasadach ogólnych wynikających z Kodeksu cywilnego.

#### § 5

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, 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.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Dostawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

#### § 6

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### § 7

Sprawy sporne wynikłe w trakcie realizacji umowy podlegają rozstrzygnięciu przez właściwy rzeczowo sąd w Rzeszowie.

#### § 8

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy należy dokonywać za zgodą obu stron w formie pisemnej (aneks do umowy) pod rygorem nieważności.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których 1 egz. otrzymuje Zamawiający i 1 egz. Dostawca.

**ZAMAWIAJĄCY**

**DOSTAWCA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE WYMAGANYCH  
PARAMETRÓW TECHNICZNO - GRANICZNYCH**

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 1- Aparat do terapii polem wysokiej częstotliwości– 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO - UŻYTKOWYCH  
Aparat do terapii polem wysokiej częstotliwości – 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Aparat fabrycznie nowy z 2017 roku	TAK, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Aparat wytwarza energię elektromagnetyczną z częstotliwością 27.12 MHz $\pm$ 0.16 MHz	TAK	
5	Posiada dwa kanały, do których równocześnie można podłączyć dwie elektrody	TAK	
6	możliwość ustawienia niezależnych parametrów dla dwóch kanałów	TAK	
7	regulowana wartość szczytowa mocy (maksymalnie 200 Wat)	TAK	
8	regulowana szerokość i częstotliwość impulsu od 20-800 Hz	TAK,	
9	dwa, niezależne kanały	TAK	
	<b>moc wyjściowa:</b>		
10	maksymalna wartość mocy przy terapii impulsowej 200 W	TAK	
11	średnia wartość mocy przy terapii impulsowej 0-64	TAK	
12	zegar: 0-30 min. z akustyczną sygnalizacją zakończenia terapii	TAK	
13	szybkie, automatyczne dostrojenie	TAK	
14	wskazywanie i monitorowanie dostarczonej mocy dla optymalnej transmisji energii	TAK	
15	duży, czytelny wyświetlacz LCD	TAK	
16	50 gotowych programów terapeutycznych	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
17	25 wolnych programów	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
18	koła jezdne z blokadami	TAK	
19	Waga urządzenie nie większa niż 45 kg, ramię: 2,5 kg	TAK	
20	Elektroda indukcyjna 140 mm	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
21	Czas trwania impulsów 65, 82, 110, 150, 200, 300, 400	TAK	
22	Częstotliwość impulsów 26, 35, 46, 62, 82, 110, 150, 200, 300, 400, 600 oraz 800 Hz	TAK	
23	Napięcie sieciowe 110-120 V, 220-240 V	TAK	
24	Wszelkierownie regulowane, 7-przegubowe ramię do elektrody	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
25	Klasa bezpieczeństwa I typ BF	TAK	

26	Certyfikat producenta świadczący o braku obowiązku wykonywania okresowych przeglądów oraz pomiarów zasięgów emisji promieniowania elektromagnetycznego	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
27	Certyfikat CE	TAK	
28	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja od 24 m-cy-do poniżej 36 m-cy - 0 pkt od 36 m-cy – 10 pkt	
29	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
30	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
31	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
32	Materiały informacyjne na temat oferowanego aparatu	TAK, załączyć	
33	Bezpłatne uruchomienie aparatu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu	TAK	
34	Instrukcja do aparatu w języku polskim (wraz z dostawą aparatu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 2- Aparat do EKG– 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO - UŻYTKOWYCH  
Aparat do EKG – 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Aparat fabrycznie nowy z 2017 roku	TAK, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Aparat EKG, 3, 6-cio i 12 - to kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań.	TAK	
	<b>Tryby pracy:</b>		
5	Automatyczny	TAK	
6	Ręczny	TAK	
7	Automatyczne wykrywanie załamków P, QRS, T oraz pomiar amplitud wszystkich załamków.	TAK	
8	Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T oraz czasów trwania P i QRS.	TAK	
9	Pomiar poziomu i nachylenia odcinka ST.	TAK	
10	Ciągły pomiar HR.	TAK	
11	Obliczenie HR, Q-Tc.	TAK	
12	Obliczenie osi elektrycznych załamków P, QRS, T.	TAK	
13	Interpretacja załamków P, QRS, T.	TAK	
14	Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca.	TAK	
15	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń.	TAK	
16	Kolorowy wyświetlacz LCD min. 7" umożliwiający jednoczesne wyświetlanie 12 krzywych EKG.	7" - 10 pkt Poniżej 7" - 0 pkt	
17	Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną, funkcyjną oraz panel dotykowy.	TAK	
18	Pamięć wewnętrzna do przechowywania minimum 1000 zapisów EKG z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku.	TAK	
19	Aparat wyposażony w minimum 3 porty USB.	TAK	
20	Możliwość przesłania wyników badań bezpośrednio z aparatu na dowolny adres email lub inny aparat EKG.	TAK	
21	Możliwość wykonywania badania spirometrycznego przy użyciu przystawki spirometrycznej	TAK 10 pkt NIE – 0 pkt	
22	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych.	TAK	

23	Cyfrowa filtracja zakłóceń mięśniowych.	TAK	
24	Cyfrowa filtracja linii izoelektrycznej.	TAK	
25	Możliwość wydruku wyników badań w trybie Cabrera.	TAK, opisać	
26	Drukarka wbudowana w aparat	TAK	
27	Wydruk na papierze o szerokości minimum 112 mm.	TAK	
28	Prędkość zapisu: minimum 5; 10; 25; 50 mm/s.	TAK	
29	Czułość wydruku: minimum 2,5; 5; 10; 20 mm/mV	TAK	
30	Minimum 1 rolka papieru dostarczona wraz z aparatem.	TAK	
31	Komunikacja w języku polskim	TAK	
<b>Wyposażenie:</b>			
32	Kabel pacjenta - 1 szt.	TAK	
33	Elektrody kończynowe - 4szt.	TAK	
34	Elektrody przedsercowe przyssawkowe - 6 szt.	TAK	
35	Wózek zapewniający bezpieczne i ergonomiczne zainstalowanie oraz mobilność aparatu. Wózek wyposażony w min. 1 pojemnik na akcesoria oraz możliwość zablokowania min. 2 kół wózka	TAK	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
36	Certyfikat CE	TAK	
37	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja od 24 m-cy-do poniżej 36 m-cy - 0 pkt od 36 m-cy – 10 pkt	
38	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
39	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
40	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
41	Materiały informacyjne na temat oferowanego aparatu	TAK, załączyć	
42	Bezpłatne uruchomienie aparatu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu	TAK	
43	Instrukcja do aparatu w języku polskim (wraz z dostawą aparatu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 3- – Aparat do drenażu limfatycznego - 1 szt.**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO - UŻYTKOWYCH

**Aparat do drenażu limfatycznego - 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Aparat fabrycznie nowy z 2017 roku	TAK, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Aparat do sekwencyjnego masażu pneumatycznego	TAK	
5	Regulowane ciśnienie w komorach mankietu od 20 do 140 mmHg	TAK- 10 pkt NIE – 0 pkt	
6	Maksymalna liczba obsługiwanych komór: 5	TAK	
7	Elektroniczna regulacja i stały pomiar ciśnienia	TAK	
8	Regulacja ilości cykli masażu	TAK,	
9	Masaż klasyczny wstępujący i zstępujący, limfatyczny oraz pulsacyjny	TAK	
10	Awaryjne odsysanie ze wszystkich komór mankietu uciskowego jednocześnie	TAK	
11	Wydajność pompy 23 l/min.	TAK	
12	Standardowy czas dopompowania komory około 3 s.	TAK	
13	Współpracujący z mankietami 5-cio i 10-cio komorowymi	TAK	
	<b>Pozostałe wymagania</b>		
14	Certyfikat CE	TAK	
15	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja od 24 m-cy-do poniżej 36 m-cy - 0 pkt od 36 m-cy – 10 pkt	
16	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
17	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
18	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
19	Materiały informacyjne na temat oferowanego aparatu	TAK, załączyć	
20	Bezpłatne uruchomienie aparatu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu	TAK	

21	Instrukcja do aparatu w języku polskim (wraz z dostawą aparatu)	TAK	
----	-----------------------------------------------------------------	-----	--

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)



Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 4- – Ogrzewacz pacjenta - 4 szt.**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO - UŻYTKOWYCH

**Ogrzewacz pacjenta - 4 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Aparat fabrycznie nowy z 2017 roku	TAK, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	System ogrzewania pacjenta wymuszonym obiegiem pacjenta	TAK	
5	4 zakresy temperatury wysoka - 43° C średnia - 38° C niska - 32° C pokojowa	TAK	
6	2 prędkości przepływu powietrza prędkość robocza : 4700 obr/min (szybka praca wentylatora), 4100 obr/min (wolna praca wentylatora)	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
7	System alarmów wizualnych oraz dźwiękowych	TAK	
8	Filtr wysokiej skuteczności min. 0,2 mikrona	TAK	
9	Urządzenie wyposażone w system nadzoru i raportowania przebiegu terapii, wyświetlane widoczne na panelu zewnętrznym informacje: - czasu trwania ogrzewania pacjenta - monitorowanie godzin pracy urządzenia - monitorowanie zbyt wysokiej temperatury - nieprawidłowości podczas stosowania	TAK	
10	Urządzenie posiadające możliwość równoczesnego ogrzewania ciała pacjenta oraz płynów infuzyjnych	TAK	
11	3 czujniki temperatury z możliwością zastosowania dwóch różnych szybkości przepływu powietrza zapewniając szybką i bezpieczną regulację temperatury ciała pacjenta	3 czujniki – 10 pkt Mniej niż 3 czujniki – 0 pkt	
12	Waga 7,3kg	TAK	
13	Urządzenie współpracujące z materacykami pod pacjenta oraz z kołderkami/kocami na pacjenta, możliwość zastosowania 25 różnych rodzajów kocyków, kołderek i materacyków pod pacjenta	TAK	
14	Mocowania urządzenia do ramy łóżka lub stojaka	TAK	
15	Możliwość zainstalowania na konstrukcji jezdnej – wózek na 4 kołach z blokadą każdego koła i półką na kołdry	TAK	
16	Urządzenie wyposażone w filtr do zaciągania powietrza	TAK	
17	Zasilanie 230V 50Hz	TAK	

18	Zestaw startowy kołder na i pod pacjenta 30 sztuk	TAK	
19	Kołdra pod pacjenta , wymiary 221cm x 91cm, zaopatrzona w unikatowe otwory odprowadzające gromadzący się pod pacjentem płyn; posiada perforacje po bokach w celu optymalnego ułożenia pacjenta, dwa otwory do podłączenia dmuchawy, opcjonalny otwór na twarz w ułożeniu pacjenta innym niż na plecach	TAK	
20	Kołdra na pacjenta, wymiary: 213cm x 91cm; skonstruowana z podłużnie ułożonych tub z których ciepłe powietrze rozprowadzane jest z tuby centralnej do bocznych części; zakładki do podwinięcia pod ramiona pacjenta, 6 oddzielonych perforacji części dla lepszego dostępu do pacjenta; część przykrywające stopy nieogrzewana, jeden otwór do podłączenia dmuchawy	TAK	
21	Kołdra pod pacjenta w pozycji litotomijnej, wymiary: 188cm x 91cm; na całej górnej powierzchni kołdry małe otworki , które rozprowadzają ciepło równomiernie na całe ciało pacjenta; zaopatrzona również w unikatowe otwory odprowadzające w czterech kierunkach gromadzący się pod pacjentem płyn; 1 folia (61x61cm) do przykrycia głowy; 1 otwór do podłączenia dmuchawy; taśma przylepna do lepszego mocowania kołdry na stole; specjalne perforacje po bokach kołdry pozwalają na optymalne ułożenie pacjenta w wymaganej pozycji.	TAK	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
22	Certyfikat CE	TAK	
23	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja od 24 m-cy-do poniżej 36 m- cy - 0 pkt od 36 m-cy – 10 pkt	
24	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
26	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji – min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
27	Materiały informacyjne na temat oferowanego aparatu	TAK, załączyć	
28	Bezpłatne uruchomienie aparatu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu	TAK	
29	Instrukcja do aparatu w języku polskim (wraz z dostawą aparatu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 5 – Rejestrator 3-kanalowy - 2 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Rejestrator 3-kanalowy - 2 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>PARAMETRY REJESTRATORA</b>			
4	Rejestratory cyfrowe do 200g – zasilanie: 2 baterie lub akumulatorki AA - w zestawie. - rejestrator 3 kanałowy, kable pacjenta 5 lub 7 odprowadzeń, z rejestracją do 96 godzin z możliwością jednoczesnej rejestracji EKG i SPO2 (opcja)	Tak	
5	Rejestratory cyfrowe do 200g	Do 200g – 5 pkt Powyżej 200g – 0 pkt	
6	Możliwość podpięcia kabli pacjenta 5 lub 7 odprowadzeniowych	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
7	Rejestracja bez kompresji danych	Tak	
8	Kontrola stanu podłączenia elektrod na ekranie ciekłokrystalicznym wbudowanym w rejestrator	Tak	
9	Podgląd zapisu EKG na ekranie ciekłokrystalicznym wbudowanym w rejestrator bez konieczności korzystania z dodatkowych połączeń, niezależnie od systemu komputerowego	Tak	
10	Możliwość wyboru w rejestratorze trybu rejestracji sygnału EKG, w normalnej i wysokiej rozdzielczości	Tak	
11	Interaktywny rejestr zdarzeń pacjenta w rejestratorze z wyświetlaniem przykładowych opisów czynności pacjenta (bieg, spacer, ćwiczenia)	Tak	
12	Identyfikacja pacjenta w rejestratorze. Automatycznie przyporządkowany jest numer rejestratora do konkretnego pacjenta	Tak	
13	Zegar czasu rzeczywistego	Tak	
14	Rejestrator odporny na wodę	Tak	
15	Rejestrator ze większą odpornością na uszkodzenia mechaniczne	Tak	
16	Przewód pacjenta w oplocie koncentrycznym z kauczukową izolacją odporny na środki czyszczące i detergenty	Tak	
17	Możliwość zasilania rejestratora wymiennie z akumulatorów i	Tak	

	baterii R6		
18	Zastosowanie jako nośnika pamięci karty SD	Tak	
19	Polska wersja językowa oprogramowania medycznego systemu oraz rejestratorów	Tak	
20	Automatyczna identyfikacja nr seryjnego rejestratora w systemie	Tak	
21	Rejestrator kompatybilny z oprogramowaniem analizującym Holter LX Analysis prod. NorthEast Monitoring Inc.	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
22	Certyfikat CE	TAK	
23	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24-m-cy - 0 pkt Powyżej 24 m-cy – 10 pkt	
24	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
26	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
27	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
28	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
29	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 6 – Rejestrator 12-kanalowy - 4 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Rejestrator 12-kanalowy - 4 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>PARAMETRY REJESTRATORA</b>			
4	<u>Rejestratory cyfrowe do 200g</u> <u>– zasilanie: 2 baterie lub akumulatorki AA - w zestawie.</u> - rejestrator 3/12 kanałowy, kable pacjenta 5 lub 7 odprowadzeń do rejestracji 3 kanałowej, 10 odprowadzeń do rejestracji 12 kanałowej, z rejestracją do 96 godzin z możliwością jednoczesnej rejestracji EKG i SPO2 (opcja)	Tak	
5	Rejestratory cyfrowe do 200g	Do 200g – 5 pkt Powyżej 200g – 0 pkt	
6	Możliwość podpięcia kabli pacjenta 5 lub 7 lub 10 odprowadzeniowych	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
7	Rejestracja bez kompresji danych	Tak	
8	Kontrola stanu podłączenia elektrod na ekranie ciekłokrystalicznym wbudowanym w rejestrator	Tak	
9	Podgląd zapisu EKG na ekranie ciekłokrystalicznym wbudowanym w rejestrator bez konieczności korzystania z dodatkowych połączeń, niezależnie od systemu komputerowego	Tak	
10	Możliwość wyboru w rejestratorze trybu rejestracji sygnału EKG, w normalnej i wysokiej rozdzielczości	Tak	
11	Interaktywny rejestr zdarzeń pacjenta w rejestratorze z wyświetlaniem przykładowych opisów czynności pacjenta (bieg, spacer, ćwiczenia)	Tak	
12	Identyfikacja pacjenta w rejestratorze. Automatycznie przyporządkowany jest numer rejestratora do konkretnego pacjenta	Tak	
13	Zegar czasu rzeczywistego	Tak	
14	Rejestrator odporny na wodę	Tak	
15	Rejestrator ze większą odpornością na uszkodzenia mechaniczne	Tak	
16	Przewód pacjenta w oplocie koncentrycznym z kauczukową	Tak	

	izolacją odporny na środki czyszczące i detergenty		
17	Możliwość zasilania rejestratora wymiennie z akumulatorów i baterii R6	Tak	
18	Zastosowanie jako nośnika pamięci karty SD	Tak	
19	Polska wersja językowa oprogramowania medycznego systemu oraz rejestratorów	Tak	
20	Automatyczna identyfikacja nr seryjnego rejestratora w systemie	Tak	
21	Rejestrator kompatybilny z oprogramowaniem analizującym Holter LX Analysis prod. NorthEast Monitoring Inc.	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
22	Certyfikat CE	TAK	
23	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24-m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m-cy – 10 pkt	
24	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
26	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
27	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
28	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
29	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do  
składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 7 – Rejestrator ciśnieniowy - 3 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Rejestrator ciśnieniowy - 3 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
	<b>PARAMETRY REJESTRATORA</b>		
4	Pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną	Tak	
5	Programowanie, 4 okresy pomiarowe	Tak	
6	Minimalny zakres pomiarów dla ciśnienia Systolic 60 - 290 mmHg	Tak	
7	Pomiar ciśnienia średniego i tętna	Tak	
8	Minimalny zakres pomiarów dla ciśnienia Diastolic 30 - 195 mmHg	Tak	
9	Puls 30 - 240 b.p.m.	Tak	
10	Zakres pomiarowy 0 - 300 mmHg	Tak	
11	Błąd pomiaru +/- 3 mmHg	Tak	
12	Ilość pomiarów na godz. od 1 do 30	Tak	
13	Maksymalna ilość pomiarów - powyżej 300	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
14	Maksymalna pamięć pomiarów - 300	Tak	
15	Możliwość startu badania z rejestratora (poza komputerem)	Tak	
16	Wyświetlanie kodów błędów na wyświetlaczu rejestratora	Tak	
17	7 zaprogramowanych na stałe programów pomiarowych w pamięci rejestratora, 1 protokół do aktywowania wysyłania danych metodą SMS przez telefon komórkowy	Tak	
18	Zakres temperatur podczas pracy -20 do +50°C	Tak	
19	Wymiary 130 x 75 x 32 mm	Tak	
20	Maksymalna waga 240g gotowy do pracy	Tak	
21	Zasilanie –maksymalnie 2 szt. akumulatorów lub baterii	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
22	Minimalnie trzy rękawy pomiarowe, o różnych rozmiarach	Tak	
23	Możliwość pomiaru na życzenie	Tak	
24	Możliwość zastosowania materiałowych podkładek higienicznych pod mankiety pomiarowe	Tak	
25	Możliwość programowania częstotliwości pomiarów	Tak	
26	Samoczynne dostosowanie ciśnienia w mankiecie do aktualnego ciśnienia tętniczego pacjenta	Tak	

27	Program medyczny w języku polskim, do programowania i odczytu monitora współpracujący z komputerem PC w systemie Windows 7 lub wyższym	Tak	
28	Wydruk badań bezpośrednio z pamięci aparatu przez drukarkę za pośrednictwem złącza RS - bez systemu komputerowego	Tak	
29	Możliwość transmisji z systemem komputerowym poprzez RS/USB, IrDA, Bluetooth	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
30	Zgodność systemu z zaleceniami światowych towarzystw medycznych. BHS i AAMI	Tak	
31	Możliwość automatycznej bezprzewodowej transmisji wyników pomiarów do jednostki centralnej w czasie rzeczywistym (w zasięgu do 100 m.)	Tak	
32	Rejestrator kompatybilny z oprogramowaniem analizującym HMS-CS	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
33	Certyfikat CE	TAK	
34	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24-m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m-cy – 10 pkt	
35	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
36	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
37	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
38	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
39	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
40	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)



Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 8 – Cykloergometr- 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Cykloergometr- 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
	<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE) - WARUNEK</b>		
4	Powierzchnia kozetki 210 cm x 75 cm	Tak	
5	Regulowany zagłówek 0-45 stopni	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
6	Wbudowany silnik sterowany panelem z membranowymi przyciskami	Tak	
7	Maksymalna waga pacjenta 220 kg	Tak	
8	System hamulcowy sterowany mikroprocesorem	Tak	
9	Obciążenie 6-400 W	Tak	
10	Zakres prędkości: 30-130 obrotów / minutę	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
11	Ekran główny LCD wyświetlający obciążenie, liczbę obrotów na minutę, prędkość, ciśnienie, tętno	Tak	
12	Manualne sterowanie obciążeniem	Tak	
13	Komunikacja za pomocą RS 232	Tak	
14	Wymiary: 210 cm x 76 cm x 74 cm	Tak	
15	Waga ok. 160 kg (+/- 5kg)	Tak, podać	
16	Zasilanie: 100-240V / 50-60Hz / 50VA max.	Tak	
	<b>Pozostałe wymagania</b>		
17	Certyfikat CE	TAK	
18	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
19	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
20	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
21	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
22	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
23	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu	TAK	

	medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu		
25	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 9 – Rotor na kończyny dolne i górne - 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Rotora na kończyny dolne i górne - 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	TAK, podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Urządzenie do terapii ruchowej zapewniające rehabilitację kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem	Tak	
5	Kolorowy ekran dotykowy 10"	Tak	
6	Interfejs w języku polskim	Tak	
7	Ruch: aktywny, pasywny, wspomagany	Tak	
8	Kierunek ruchu: do przodu i do tyłu	Tak	
9	Możliwość zdalnego sterowania za pomocą tabletu (do 8 urządzeń jednocześnie)	Tak	
10	Pasy stabilizujące i wsparcie podudzi	Tak	
11	Kontrola spastyczności	Tak	
12	Regulacja wysokości pedałów	Tak	
13	Regulacja wysokości uchwytów	Tak	
14	Zakres prędkości 10-90 RPM	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
15	Zakres oporu 1-120 W	Tak	
16	Programowalny czas 1-120 min.	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
17	Moduł do kończyny górnej	Tak	
18	Kółka transportowe: 2	Tak	
19	Waga urządzenia max. 50kg	Tak, podać Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
20	Zasilanie 100-240V	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
21	Certyfikat CE	TAK	
22	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
24	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
26	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres	TAK, podać	

	gwarancji		
27	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
28	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
29	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 10 – Aparat do biostymulacji laserowej - 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Aparat do biostymulacji laserowej - 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym	Tak	
5	Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW (łączna moc 550mW) ze statywem oraz sterownikiem: duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary	Tak	
6	Możliwość podłączenia dwóch sond laserowych: 1. o mocy 200/400 mW i długości fali 808nm 2. o mocy 400/80mW i długości fali 660nm - regulacja mocy sond i aplikatorów - tryb emisji: ciągły i impulsowy	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
7	Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów – 3	Tak	
8	Tryb manualny i programowy	Tak	
9	Kontrola nad parametrami zabiegowymi	Tak	
10	Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie	Tak	
11	Regulacja mocy 25%-100%	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
12	Wypełnienie 25-75%, impuls 50µs	Tak	
13	Ilość programów zabiegowych: 50	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
14	Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 25	Tak	
15	Ilość sekwencji zabiegowych dla sond punktowych 10	Tak	
16	Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera min8	Tak	
17	Gotowe programy z częstotliwościami Volla min30	Tak	
18	Edycja nazw programów użytkownika	Tak	
19	Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu	Tak	
20	Duży czytelny wyświetlacz graficzny w języku polskim	Tak	
21	Zegar zabiegowy	Tak	
22	Wtyk blokady drzwi DOOR	Tak	
23	Zasilanie 230V, 50Hz, 40W	Tak	
24	Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. (dla pacjenta i terapeuty)	Tak	
25	Preferowany kolor jednostki sterującej i aplikatora skanującego:	Tak	

	szaro-niebieski, statywu: szary		
25	Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem	Tak	
	<b>Pozostałe wymagania</b>		
26	Certyfikat CE	Tak	
27	Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia	Tak	
28	Gwarancja: sterownik 5 lat - daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	Tak	
29	Gwarancja: aplikatory min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	Tak	
30	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	Tak	
31	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
32	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
33	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
34	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
35	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 11 – Aparat do elektroterapii i terapii ultradźwiękowej - 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Aparat do elektroterapii i terapii ultradźwiękowej - 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Aparat sterowany mikroprocesorem do terapii prądami, ultradźwiękami oraz terapii skojarzonej	Tak	
5	Aparat umożliwiający przeprowadzenie trzech niezależnych zabiegów	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
6	Aparat generujący prądy: - średniej częstotliwości czteropolowy, - średniej częstotliwości premodulowany - prąd stały - prąd Kotz'a - TENS - wysokonapięciowa - mikroprądy	Tak	
7	Możliwość modulacji amplitudy: - tryb ciągły - tryb przerywany - tryb naprzemienny	Tak	
8	Dwa niezależne kanały elektroterapii	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
9	Trzy częstotliwości robocze: 1, 3.2 i 3.3 MHz	Tak	
10	Praca ciągła i impulsowa (20 i 50% cyklu roboczego)	Tak	
11	Automatyczne dostrojenie do aktualnie pracującej głowicy	Tak	
12	Wizualne i dźwiękowe powiadomienie o braku sprzęgania	Tak	
13	Wymiary: (dł.) 254mm x (szer.) 368mm x (wys.)127mm	Tak	
14	Waga do 4kg	Do 4 kg – 5 pkt Powyżej 4 kg – 0 pkt	
15	Wyposażenie: - aplikator dwuczęstotliwościowy 5cm <sup>2</sup> 1/3.2 MHz - zestaw elektrod z przewodami - zestaw przewodów połączeniowych i adapterów - żel do ultradźwięków	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
16	Certyfikat CE	TAK	
17	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony	TAK, podać	

	bezusterkowego protokołu odbioru	Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
18	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
19	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
20	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
21	Materiały informacyjne na temat oferowanego aparatu	TAK, załączyć	
22	Bezpłatne uruchomienie aparatów, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatów	TAK	
23	Instrukcja do aparatu w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do  
składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)



Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 12 – Aparat do krioterapii azotowej- 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Aparat do krioterapii azotowej- 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE) - WARUNEK</b>			
4	Aparat umożliwiający miejscowe schłodzenie ciała pacjenta poprzez kontakt ze strumieniem zimnej pary azotu o temperaturze poniżej -150°C	Tak	
5	Temperatura przy wylocie z dyszy (-160°C) (+/-10°C)	Tak	
6	Czynnik roboczy: ciekły azot (LN <sub>2</sub> )	Tak	
7	Objętość zbiornika: jeden zbiornik 50L	Tak	
8	Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: 7	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
9	Zasilanie 230V/50Hz	Tak	
10	Wyświetlacz LCD	Tak	
11	Wskaźnik ilości ciekłego azotu w zbiorniku	Tak	
12	Dostępne dwa tryby pracy: Pulsacyjny, kriopunktura	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
13	Certyfikat CE	TAK	
14	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
15	Reakcja serwisu na podjęcie czynności serwisowych (rozumiane jako przyjazd serwisu) max 48 godz. (dni robocze)	Tak	
	Ilość napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy – max 3 naprawy	Tak	
16	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
16	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
17	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
18	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
19	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu	TAK	

	medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu		
20	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do  
składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 13 – Wózek do transportu chorych 2-sekcyjny - 2 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Wózka do transportu chorych 2-sekcyjnego - 2 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	TAK, podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Stabilna i wytrzymała konstrukcja wózka oparta na dwóch szeroko rozstawionych kolumnach, ułatwiających dezynfekcję oraz dostęp do pacjenta	Tak	
5	Leże dwusegmentowe zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwe do dezynfekcji, utrzymania w czystości, wykonane z wysokiej jakości tworzywa HPL	Tak	
6	Leże wyposażone w metalowe ograniczniki zapobiegające przesuwaniu się materaca	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
7	Leże na całej długości przeziernie dla promieni RTG, prowadnica na kasetę pod całą długością leża z możliwością blokowania we wszystkich sekcjach leża	Tak	
8	Wózek wyposażony w materac o grubości min. 90 mm. Pokrowiec materaca wykonany z materiału zmywalnego, zabezpieczony przed wnikaniem płynów	Tak, podać 90-99mm – 0 pkt ≥100mm – 5 pkt	
9	Wymiary wózka: Długość: 2180 mm (±20 mm) Szerokość wózka: 820 mm (±20 mm) Wymiar leża: 1900 x 720 mm (±20 mm)	Tak, podać	
10	Prześwit pomiędzy podstawą, a podłożem min. 100 mm, w celu umożliwienia współpracy z podnośnikiem pacjenta	Tak, podać	
11	Teleskopowy, hydrauliczny mechanizm regulacji wysokości o konstrukcji dwukolumnowej. Kolumny osłonięte tworzywem – nie dopuszcza się osłon kolumn w formie harmonijki.	Tak	
12	Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie od 660 mm do 970 mm (±20 mm), dokonywana dźwigniami nożnymi umiejscowionymi po obu stronach wózka	Tak, podać	
13	Regulacja oparcia pleców uzyskiwana płynnie za pomocą sprężyny gazowej dźwignią umieszczoną od strony głowy pacjenta, wyraźnie oznaczona np. kolorem czerwonym. Zakres regulacji min. 0 do 75°	Tak, podać	
14	Regulacja przechyłów wzdłużnych Trendelenburga i anti-Trendelenburga uzyskiwana płynnie za pomocą dźwigni nożnych umieszczonych z dwóch stron wózka. Zakres regulacji min. 0 do 15°	Tak, podać	
15	Barierki boczne składane wzdłuż ramy leża, min. 3 poziome pręty, lakierowane proszkowo, wyprofilowane uchwyty z tworzywa	Tak, podać	
16	Długość barierki bocznych min. 1200 mm Wysokość barierki bocznych ponad leże min. 300 mm	Tak, podać	

17	Boki wózka wyposażone w listwy odbojowe na całej długości zabezpieczające ściany i wózek wraz z barierkami przed uszkodzeniami. Nie dopuszcza się listew odbojowych na barierkach.	Tak	
18	Wózek wyposażony od strony głowy pacjenta w składane uchwyty do prowadzenia oraz stałe uchwyty do prowadzenia od strony nóg	Tak	
19	Uchwyty wyposażone w krążki odbojowe zabezpieczające ściany i wózek przed uszkodzeniami	Tak, podać	
20	Podstawa wózka w całości osłonięta estetyczną obudową wykonaną z wysokiej jakości tworzywa z wyprofilowanym miejscem na butlę tlenową z pasami zabezpieczającymi oraz wyprofilowane miejsce na podręczne rzeczy	Tak	
21	Precyzyjny układ jezdny wózka, podstawa jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 200 mm, blokowane centralnie.	Tak, podać	
22	Dźwignia hamulca centralnego oraz funkcja jazdy kierunkowej dostępna na wszystkich kołach wózka.	Tak	
23	Wózek wyposażony w dodatkowe 5-te kółko, ułatwiające manewrowanie w wąskich korytarzach	Tak	
24	Wózek wyposażony w min. 4 tuleje do mocowania wyposażenia dodatkowego od strony głowy i od strony nóg	Tak, podać	
25	Wózek wyposażony w wieszak kroplówki wykonany ze stali nierdzewnej, z regulacją wysokości, wyposażony w min. 2 tworzywowe haczyki do płynów składany na ramę wózka	Tak, podać	
26	Waga wózka bez wyposażenia max. 110 kg	Tak, podać Do 110 kg – 0 pkt ≤ 100 kg – 5 pkt	
27	Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 250 kg	Tak, podać	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
18	Certyfikat CE	TAK	
19	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24-m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m-cy - 10 pkt	
21	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
23	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
24	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
25	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
26	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 14 – Wózek do transportu chorych leżący - 2 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Wózek do transportu chorych leżący - 2 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	TAK, podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	Tak	
5	Szerokość całkowita: 750 mm ( $\pm$ 20 mm) Długość całkowita: 2050 mm ( $\pm$ 20 mm)	Tak, podać	
6	Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie 600 - 900 mm ( $\pm$ 20 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka	Tak, podać	
7	Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0°- 22° ( $\pm$ 2°) – regulacja płynna	Tak, podać	
8	Pozycja anti-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0°- 14° ( $\pm$ 2°) – regulacja płynna	Tak, podać	
9	Leże dwusegmentowe wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG	Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
10	Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiającą jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia	Tak	
11	Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0 - 70° ( $\pm$ 5°) – regulacja płynna	Tak, podać	
12	Wózek wyposażony w bariereki boczne chromowane, zabezpieczające pacjenta, składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, zabezpieczające pacjenta na min. 55% długości leża.	Tak	
13	Każdy narożnik wózka wyposażony w krążki odbojowe zabezpieczające ściany i wózek podczas przetaczania	Tak	
14	Wyposażenie wózka: - materac wyposażony w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta – 1 szt. - wieszak kroplówki – 1 szt.	Tak	
15	Cztery koła jezdne o średnicy 150mm, z centralną blokadą, jedno z blokadą kierunkową. Dodatkowo podstawa wózka wyposażona w kosz na podręczne rzeczy pacjenta	Tak  Tak – 0 pkt Dodatkowe wyposażenie w kosz – 5 pkt	
16	Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 10 kolorów oraz ramy wózka w tym kolor szary	Tak, podać	
17	Potwierdzone stosownym dokumentem przez niezależną jednostkę badawczą obciążenie robocze wózka wynoszące min. 250 kg.	Tak, podać	

<b>Pozostałe wymagania</b>			
18	Certyfikat CE	TAK	
19	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
20	Czas reakcje serwisu max 72 godz.	Tak	
21	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
23	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
24	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
25	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
26	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do  
składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 15 – Wózek reanimacyjny - 2 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Wózka reanimacyjnego – 2 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL  .....		
1	Sprzęt fabrycznie nowy z 2017	TAK, podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Wymiary szafki wózka (bez wyposażenia dodatkowego): - długość 600 mm (+/- 20 mm) - głębokość 500 mm (+/- 20 mm) - wysokość od podłoża do blatu 1000 mm (+/- 20 mm) - wysokość wraz z nadstawką 1680 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
5	3 szuflady, wyprofilowane uchwyty do otwierania szuflad z anodowanego aluminium	Tak	
6	Wózek wykonany ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, korpus stabilny, w systemie podwójnych ścianek, z materiałem wygłuszającym	Tak	
7	Blat szafki z przegłębieniem, obudowany z 3 stron	Tak Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
8	Podstawa stalowa z odbojnikami w narożach, wyposażona w 4 kółka o średnicy min. 125 mm, podwójnie łożyskowane, w tym 2 z blokadą	Tak, podać	
9	WYPOSAŻENIE DODATKOWE WÓZKA: - 3 szyny instrumentalne ze stali kwasoodpornej: w 2 szynach narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa, 1 szyna pod nadstawką - wysuwany blat boczny z uchwytem z anodowanego aluminium - nadstawka dwurzędowa na 11 uchylnych, transparentnych pojemników w konfiguracji 5+6, pojemniki zamocowane do 2 dodatkowych szyn instrumentalnych, z możliwością łatwego demontażu pojemników i ich dezynfekcji - 1x uchylna i obrotowa miska ze stali nierdzewnej - 1x koszyk na akcesoria ze stali kwasoodpornej, grubość drutu 2mm, stelaż 5mm, wymiary koszyka 290x96x90 mm (+/- 10mm) - uchwyt ze stali kwasoodpornej do pojemnika na zużyte igły, dostosowany do wymiaru pojemników Zamawiającego - 1xpojemnik na rękawiczki, wykonany ze stali kwasoodpornej, obudowany z 3 stron -1x wieszak kroplówki wykonany ze stali kwasoodpornej z regulacją wysokości - kosz na odpady z blokadą pokrywy w pozycji pionowej - uchwyt do prowadzenia ze stali kwasoodpornej	Tak	

10	Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek 54x35 mm [wysokość x szerokość], z pokrętle stabilnie mocującym osprzęt, nie odkształcających się podczas użytkowania, blokujących przesuwanie się osprzętu podczas jazdy, uchwyty z możliwością zawieszenia także na szynie Modur o przekroju 10x30 mm	Tak Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
18	Certyfikat CE	TAK	
19	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
21	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać	
23	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
24	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
25	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
26	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* - Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)



Nazwa oferenta

**Zadanie Nr 16 – Zestaw do podaży azotu - 1 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH  
Zestaw do podaży azotu - 1 szt.**

L.P.	PARAMETRY URZĄDZENIA	Wymagania graniczne	Odpowiedź oferowana / Opis
	DANE OGÓLNE NAZWA, TYP, MODEL .....		
1	Urządzenie fabrycznie nowe z 2017	Tak, Podać	
2	Producent	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
<b>WYMAGANIA FUNKCJONALNE (MINIMALNE)</b>			
4	Urządzenie z butlą 5L do podaży tlenu azotu	Tak	
5	Dokładność przepływomierza: +/- 5% pełnej skali	Tak	
6	Powtarzalność przepływomierza: +/- 5% od wartości mierzonej	Tak	
7	Stabilność długoterminowa przepływomierza: <1% od wartości pomiaru/rok	Tak	
8	Żywotność modułu baterii przepływomierza: 2 lata	Tak	
9	Zakres przepływu: 25-2000 (l/min)	Tak	
10	Materiał z którego wykonana jest ścieżka gazowa przepływomierza: stal nierdzewna	Tak	
11	Materiał z którego wykonany jest regulator: stal nierdzewna	Tak	
12	Max. ciśnienie wlotowe regulatora: 200 bar	Tak	
13	Minimalne ciśnienie wlotowe: 20 bar	Tak	
14	Ciśnienie regulatora wylotowego: 4 bar	Tak	
15	Zakres temperatur (przechowywania urządzenia): 0-40°C	Tak	
16	Zakres temperatur pracy: 10-35°C	Tak	
17	Ciśnienie operacyjne: 0,2-11 bar	Tak	
18	Wilgotność względna: 15-85%	Tak	
19	Czas nagrzewania: <1s., 1 min. dla maksymalnej dokładności	Tak	
20	Wymiary 85 x 220 x 80mm (+/-20mm)	Tak	
21	Waga: max. 1,3 kg	Tak, podać Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt	
22	Butla 5 litrowa (1 szt.) napełniona do 200 barów mieszcząca 0,94m <sup>3</sup> gazu przy ciśnieniu 1 bara w temperaturze 15°C o stężeniu 450ppm.	Tak	
23	Jednorazowy zestaw dla pacjenta (5 zestawów)	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
24	Certyfikat CE	TAK	
25	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	TAK, podać Gwarancja 24- m-ce - 0 pkt Powyżej 24 m- cy – 10 pkt	
26	Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania	TAK	
27	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie	TAK, podać	

	Polski		
28	Bezpłatne przeglądy okresowe, min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji	TAK, podać	
29	Materiały informacyjne na temat oferowanego sprzętu	TAK, załączyć	
30	Bezpłatne uruchomienie sprzętu, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	TAK	
31	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą sprzętu)	TAK	

\* Uwaga: Parametry, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

## FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Lp.	Opis aparatu	J.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Wart. netto	VAT %	Wart. brutto
1.	.....	szt.					
2.	.....	szt.					
3.	.....	szt.					
4.	.....	szt.					
5.	.....	szt.					
..	.....	szt.					
..	.....	szt.					
<b>R A Z E M</b>							

Razem słownie: .....

..... złotych brutto

Nazwa handlowa oferowanego aparatu wymienionego w formularzu asortymentowo-cenowym:

.....

Miejsce i data:.....

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy

- Uwaga: Formularz oferty należy dołączyć do każdego zadania oddzielnie.